



Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

Para el estado de California

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

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

Última actualización: 1 de agosto de 2023. 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.

927840SP h CA Advantage 3-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	188
Índice de medicamentos	189

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2023.* En Internet podrá ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



Aplicación myCigna¹ o myCigna.com. Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



Cigna.com/druglist. Seleccione **Advantage 3 Tier** (Advantage de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de enero de 2004

Última actualización: 1 de agosto de 2023, para los
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2024

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

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. Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. 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 de su 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 de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.²
- 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,

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **(QL)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **(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. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en myCigna.com para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la**

cobertura suele ser por un año. Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare para el medicamento y/o el médico revisor.

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

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

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en myCigna.com para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **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, no se

aplicará la cobertura de su plan. Esto significa que 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 para solicitar la aprobación de la cantidad mayor.

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

R. Sí.

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.³

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 tomar 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 a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.⁴ 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.⁴

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 los medicamentos de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado, y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de los 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.⁴ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

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

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

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

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

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

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, y/o sus medicamentos de especialidad a través de Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna, para que tengan cobertura. 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.⁵

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
- El envío estándar no tiene costo adicional⁶
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- 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 simplemente 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)⁷ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁸ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional⁶
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- 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
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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**.

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 simplemente 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)⁷ 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.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁵ 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.⁵
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.⁵

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 administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo.⁵ El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le dará la atención personalizada y el apoyo que necesita para ayudarle a 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** 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 medicamentos con receta que tienen entrega a domicilio.

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 y del Nivel 3.
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
3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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 **www.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. ¿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).

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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

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 Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero 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.

Los medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos) no están cubiertos en esta Lista de medicamentos. Esos medicamentos son considerados exclusiones del plan (o de beneficios). Puede comprar estos medicamentos en la farmacia sin una receta.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------|
| • Nivel 1 – Habitualmente genéricos | (Medicamentos con el costo más bajo) | \$ |
| • Nivel 2 – Habitualmente marcas preferidas | (Medicamentos de costo medio) | \$\$ |
| • Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas | (Medicamentos con el costo más alto) | \$\$\$ |

* 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.)*

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen límites y/o requisitos de cobertura adicionales tienen una abreviatura junto al nombre.* Esto es lo que significan.

- (PA)** **Autorización previa:** Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(PA)** junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.
- (QL)** **Límites a la cantidad:** Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- (ST)** **Tratamiento escalonado:** Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura **(ST)** junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
- (AGE)** **Requisitos de edad:** Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(AGE)** junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- (SP)** Los **medicamentos de especialidad** se usan para tratar condiciones médicas complejas. 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. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen la abreviatura **SP** junto al nombre.
- (HD)** **Medicamentos para entrega a domicilio:** Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura **HD** junto al nombre. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
- (PPACA)** **Medicamentos preventivos sin costos compartidos:** La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). Estos medicamentos tienen la abreviatura **PPACA** junto al nombre.
- (CSL)** **Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos:** La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral. Estos medicamentos tienen la abreviatura **CSL** junto al nombre.

* 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.

** Si su médico considera que una alternativa no es adecuada para usted, podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

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 Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

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

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	18-26	Antiinfecciosos (infecciones)	59
Analgésicos (condiciones urinarias)	26	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	59
Anestésicos (varios)	26-27	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	59-60
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	27-31	Antiinfecciosos/Varios (varios)	61
Anestésicos (condiciones urinarias)	31	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	61
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	31	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	61-62
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	31-35	Antineoplásicos (cáncer)	62-74
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	35-37	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	75
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	37	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	75
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	37	Antiparasitarios (infecciones)	75
Antibióticos (condiciones oculares)	37- 38	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	76-77
Antibióticos (infecciones)	38-49	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	77-78
Antibióticos (varios)	49	Antivíricos (SIDA/VIH)	78-81
Antibióticos (condiciones cutáneas)	49-50	Antivíricos (condiciones oculares)	81
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	50-52	Antivíricos (infecciones)	81-83
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	52	Antivíricos (condiciones cutáneas)	83
Antídotos (abuso de sustancias)	52-53	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	83
Antimicóticos (condiciones oculares)	53	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	84
Antimicóticos (productos femeninos)	53	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	84-85
Antimicóticos (infecciones)	53-54	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	85
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	54-55	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (varios)	85-87
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	55	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	87
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	55-56	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	87
Antihistamínicos (condiciones oculares)	56		
Antihiperoglucémicos (diabetes)	56-59		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	59		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	87	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	122
Productos biológicos (varios)	87	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	122
Productos biológicos (vacunas)	87-90	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	122-126
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	90-92	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	126
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	92	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	127
Sangre (varios)	93	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	127
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	93-97	Elect./calóricos/H2O (varios)	127-129
Medicamentos para enfermedades cardíacas (alergia/rociadores nasales)	97	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	129-133
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	97-98	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	133
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	98-103	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	133
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	103-106	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	134-141
Cardiovasculares (varios)	106	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	141
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	106	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	141
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	107-108	Hormonas (agentes hormonales)	141-148
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	108	Hormonas (infertilidad)	148
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	108-112	Hormonas (varias)	149
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	112	Inmunosupresores (varios)	149
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	112-113	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	149
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	113	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	150
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	113-115	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	150-151
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	115	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	151-153
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	115-116	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	153-154
Diagnóstico (varios)	116-120	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	154-155
Diuréticos (diuréticos)	120-122	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	155-159
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	159-161
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	161-165

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	165	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	182
Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	165-166	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	183
Preparaciones cutáneas (varias)	166	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	183-184
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	166-167	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	184
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	167-173	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	184
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	173-174	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	184
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	174	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	185
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	174-175	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	185
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	175	Vacunas (vacunas)	186
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	175-176	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	186-187
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	176		
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	177		
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	177		
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	177-178		
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	178-182		
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	182		

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<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)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, NO SALICILATOS		
ACETAMINOPHEN 1000MG/100ML BAG	T3	
<i>acetaminophen 1,000mg/100ml v1</i> (Ofirmev)	T1	
OFIRMEV (<i>acetaminophen</i>)	T3	
ANALGÉSICOS, BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NEURONALES		
PRIALT	T3	SP
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
<i>clonidine 1,000 mcg/10 ml vial</i> (Duraclon)	T1	
<i>clonidine 5,000 mcg/10 ml vial</i>	T1	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
DURACLON (<i>clonidine hcl</i>)	T3	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
TRUDHESA	T2	PA QL (2 pkgs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 TABS/DAY)
VYEPTI	T3	PA SP
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Hydrocodone-acetaminophen)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)</i>	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen (Ibudone)</i>	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, COADYUVANTES ANESTÉSICOS		
<i>alfentanil 1, 000 mcg/2 ml amp</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
<i>alfentanil 500 mcg/ml ampul</i> (Alfentanil Hcl)	T1	PA
ALFENTANIL 500 MCG/ML AMPULE (<i>alfentanil hcl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl 1, 000 mcg/20 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 2, 500 MCG/50 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 2, 500 mcg/50 ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml ampul</i>	T1	
<i>fentanyl 250 mcg/5 ml vial</i>	T1	
FENTANYL 5, 000 MCG/100 ML BAG	T1	
<i>fentanyl 50 mcg/ml vial</i>	T1	
<i>fentanyl 500 mcg/10 ml vial</i>	T1	
FENTANYL CITRATE-STERILE WATER	T1	
<i>remifentanil hcl</i> (Ultiva)	T1	PA
<i>sufentanil citrate</i>	T1	PA
ULTIVA (<i>remifentanil hcl</i>)	T3	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Acetamin-caff-dihydrocodeine)	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Trezix)	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA 150 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 300 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 450 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 600 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 75 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)
BELBUCA 750 MCG FILM	T2	QL (60 films/30 days)
BELBUCA 900 MCG FILM	T2	QL (2 films/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
BUPRENEX	T3	
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>butorphanol 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>butorphanol 10 mg/ml spray</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
<i>butorphanol 2 mg/ml vial</i>	T1	
<i>butorphanol 4 mg/2 ml vial</i>	T1	
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DEMEROL	T3	PA
DILAUDID 0.2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 0.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 1 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 2 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 2 MG/ML SYRINGE	T3	PA
DILAUDID 4 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 4 MG/ML SYRINGE	T3	
DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 8 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL 1, 000 MCG/100 ML-NS	T3	
FENTANYL 1, 000MCG/100-0.9%NACL	T1	
<i>fentanyl 1, 250mcg/250-0.9%nacl</i>	T1	
<i>fentanyl 10 mcg/ml-0.9% nacl</i>	T1	
FENTANYL 100 MCG/2 ML CARPUJCT	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml carpuct</i> (Fentanyl Citrate)	T1	
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml syringe</i>	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUP 0.0625%-NS	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.1%-NS	T1	
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.125%-NS	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
FENTANYL 2 MCG-BUPIV 0.125%-NS	T3	
FENTANYL 2 MCG-BUPIVAC 0.1%-NS	T1	
FENTANYL 2, 000MCG/100-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 2, 500MCG/250-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 2, 750 MCG/55 ML SYR	T1	
FENTANYL 2, 750 MCG/55 ML SYRNG	T1	
FENTANYL 2.5MG/250ML-0.9% NACL	T1	
FENTANYL 250 MCG/5 ML SYRINGE	T1	
FENTANYL 5, 000MCG/250-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 50 MCG/ML SYRINGE	T1	
FENTANYL 500 MCG/50ML-0.9%NACL	T1	
FENTANYL 550 MCG/55ML-0.9%NACL	T1	
FENTANYL CIT 100 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 200 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB	T1	PA
FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB	T1	PA
<i>fentanyl cit otc 1, 200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl cit otc 1, 600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate otc 200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate otc 400 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate otc 600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
<i>fentanyl citrate otc 800 mcg (Actiq)</i>	T1	PA
FENTANYL-ROPIVACAINE-0.9% NACL	T1	
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate (Hysingla Er)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate (Zohydro Er)</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE 0.5 MG/ML-NS SYR	T1	PA
HYDROMORPHONE 1 MG/ML-NS SYRNG	T1	PA
HYDROMORPHONE 10 MG/50 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone 10 mg/50 ml-ns (Hydromorphone Hcl-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE 100 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 100 MG/50 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone 15 mg/30 ml-ns</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>hydromorphone 15 mg/30 ml-ns</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE 2 MG/10 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 2 MG/ML-NS SYRNG	T1	PA
HYDROMORPHONE 20 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 200 MG/100 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 25 MG/50 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 30 MG/30 ML-NS	T1	
HYDROMORPHONE 5 MG/25 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 50 MG/50 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 55 MG/55 ML-NS	T1	PA
HYDROMORPHONE 6 MG/30 ML-NS	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl (Dilaudid)</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl/pf</i>	T1	PA
HYDROMORPHONE HCL-WATER	T1	PA
HYDROMORPH-ROPIVA-0.9% NACL	T1	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
INFUMORPH	T3	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
<i>meperidine hcl/pf</i>	T1	PA
<i>meperidine hcl/pf</i>	T3	PA
<i>methadone hcl</i>	T1	PA
METHADONE HCL-0.9% NACL	T3	
MITIGO	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine 0.5 mg/ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 100 MG/100 ML-NS	T3	
<i>morphine 100mg/100ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 2 MG/2 ML-0.9% NACL	T1	PA
<i>morphine 2 mg/2 ml-0.9% nacl (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
MORPHINE 2 MG/2 ML-0.9% NACL (<i>morphine sulfate-nacl</i>)	T1	PA
MORPHINE 2 MG/ML-0.9% NACL SYR	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
MORPHINE 275 MG/55 ML-0.9%NACL	T1	PA
<i>morphine 30 mg/30 ml-0.9% nacl</i>	T1	
<i>morphine 30 mg/30 ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 4 MG/ML-0.9% NACL SYR	T1	PA
<i>morphine 5 mg/5 ml-0.9% nacl (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
<i>morphine 50 mg/50 ml-0.9% nacl</i>	T1	PA
MORPHINE 50 MG/50 ML-0.9% NACL	T1	
MORPHINE 500MG/100ML-0.9% NACL	T1	PA
MORPHINE 55 MG/55 ML-0.9% NACL	T1	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate (Kadian)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate (Morphine Sulfate)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate (Ms Contin)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/0.9% nacl/pf (Morphine Sulfate-0.9% Nacl)</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/pf</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate/pf</i>	T3	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
<i>nalbuphine hcl</i>	T1	
NUCYNTA	T3	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
OLINVYK	T3	PA
OPANA	T3	
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol hcl (Ultram)</i>	T1	QL (8 tabs/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOXYDOL ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/caffeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbital/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T3	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES		
AMIDATE	T3	
AMIDATE (<i>etomidate</i>)	T3	
BREVITAL SODIUM	T3	
DIPRIVAN (<i>propofol</i>)	T3	
<i>etomidate</i> (Amidate)	T1	
KETALAR	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES INYECTABLES (cont.)		
KETALAR (<i>ketamine hcl</i>)	T3	
KETAMINE HCL	T1	
<i>ketamine hcl</i> (Ketalar)	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>ketamine hcl in 0.9 % nacl</i> (Ketamine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL	T1	
KETAMINE HCL-0.9% NACL (<i>ketamine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
METHOHEXITAL-STERILE WATER	T1	
PROPOFOL	T1	
<i>propofol</i> (Diprivan)	T1	
ANESTÉSICOS GENERALES, TIPO BENZODIAZEPINAS INYECTABLES		
<i>midazolam hcl</i>	T1	
<i>midazolam hcl/pf</i>	T1	
MIDAZOLAM HCL-0.9% NACL	T1	
MIDAZOLAM HCL-D5W	T1	
MIDAZOLAM-0.9% NACL	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
ARTICADENT DENTAL	T3	
BUFFERED LIDOCAINE	T1	
BUPIVACAINE HCL	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl</i> (Sensorcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl in dextrose/pf</i> (Sensorcaine With Dextrose)	T1	
<i>bupivacaine hcl/epinephrine</i> (Marcaine-epinephrine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/epinephrine/pf</i> (Sensorcaine-mpf Epinephrine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Marcaine)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T1	
<i>bupivacaine hcl/pf</i> (Sensorcaine-mpf)	T3	
BUPIVACAINE HCL-0.9% NACL	T1	
BUPIVACAINE HCL-EPINEPHRINE	T1	
CARBOCAINE	T3	
CARBOCAINE (<i>polocaine</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
CARBOCAINE (<i>polocaine-mpf</i>)	T3	
<i>chloroprocaine hcl/pf</i> (Nesacaine-mpf)	T1	
CITANEST FORTE DENTAL	T3	
CITANEST PLAIN DENTAL	T3	
CLOROTEKAL	T3	
EXPAREL	T3	
LIDOCAINE 0.5MG INTRADERM SYST	T1	
<i>lidocaine 100 mg/10 ml (1%) syr</i>	T1	
LIDOCAINE 100 MG/5 ML (2%) SYR	T1	
LIDOCAINE 200 MG/10 ML (2%) SYR	T1	
LIDOCAINE 200 MG/20 ML (1%) SYR	T1	
LIDOCAINE 40 MG/2 ML (2%) SYRG	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 0.5% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 0.5% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 300 mg/30 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vl</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 1% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 1.5% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 10 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 100 mg/10 ml syr</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 100 mg/5 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml vl</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% ampul</i> (Xylocaine-mpf)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine)	T1	
<i>lidocaine hcl 2% vial</i> (Xylocaine-mpf)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
LIDOCAINE HCL 200 MG/10 ML SYR	T1	
LIDOCAINE HCL 30 MG/3 ML SYR	T1	
<i>lidocaine hcl 4% ampul</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/dextrose 7.5%/pf</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine (Xylocaine With Epinephrine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine bit (Lidocaine-epinephrine)</i>	T3	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf (Xylocaine With Epinephrine)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl/epinephrine/pf (Xylocaine-mpf With Epinephrine)</i>	T1	
LIDOCAINE HCL-0.9% NAACL	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRINE	T1	
MARCAINE (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
MARCAINE (<i>sensorcaine</i>)	T3	
MARCAINE (<i>sensorcaine-mpf</i>)	T3	
MARCAINE SPINAL	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
MARCAINE-EPINEPHRINE (<i>sensorcaine-epinephrine</i>)	T3	
<i>mepivacaine hcl (Carbocaine)</i>	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T1	
<i>mepivacaine hcl/pf</i>	T3	
<i>mepivacaine hcl/pf (Carbocaine)</i>	T1	
NAROPIN	T3	
NESACAINE	T3	
NESACAINE-MPF (<i>chlorprocaine hcl</i>)	T3	
ORABLOC	T3	
POLOCAINE	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 20 mg/10 ml (Naropin)</i>	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 200 mg/100 ml (Naropin)</i>	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 40 mg/20 ml (Naropin)</i>	T1	
<i>ropivacaine 0.2% 400 mg/200 ml (Naropin)</i>	T1	
ROPIVACAINE 0.2% SYRINGE	T1	
<i>ropivacaine 0.5% 100 mg/20 ml (Naropin)</i>	T1	
ROPIVACAINE 0.5% 1000 MG/200ML	T3	
<i>ropivacaine 0.5% 150 mg/30 ml (Naropin)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
ROPIVACAINE 0.5% 500 MG/100 ML	T3	
ROPIVACAINE 0.5% BAG	T1	
<i>ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml (Naropin)</i>	T1	
<i>ropivacaine 1% 100 mg/10 ml v1 (Naropin)</i>	T1	
<i>ropivacaine 1% 200 mg/20 ml v1 (Naropin)</i>	T1	
ROPIVACAINE 50 MG/10 ML SYRNG	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.2% ON-Q PUMP	T1	
ROPIVACAINE HCL 0.5% SYRINGE	T1	
ROPIVACAINE HCL-0.9% NAACL	T1	
ROPIVACAINE HCL-NAACL	T1	
SENSORC MPF 0.75%-EPI 1:200000	T3	
SENSORCAINE 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine 0.5% vial (Marcaine)</i>	T1	
SENSORCAINE WITH DEXTROSE	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.25% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.25% VIAL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
SENSORCAINE-MPF 0.5% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T3	
<i>sensorcaine-mpf 0.5% vial (Marcaine)</i>	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% AMPUL (<i>bupivacaine hcl</i>)	T1	
SENSORCAINE-MPF 0.75% VIAL (<i>marcaine</i>)	T3	
SENSORC-MPF 0.25%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T1	
SENSORCN-MPF 0.5%-EPI 1:200000 (<i>bupivacaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
<i>tetracaine hcl/pf</i>	T1	
XYLOCAINE (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF	T3	
XYLOCAINE-MPF (<i>lidocaine hcl</i>)	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE	T3	
XYLOCAINE-MPF WITH EPINEPHRINE (<i>lidocaine hcl-epinephrine</i>)	T3	
ZINGO	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine 5% patch (Lidoderm)</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS (cont.)		
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T1	
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
REDITREX	T2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS		
DUROLANE	T3	PA SP HD
EUFLEXXA	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/ANTIARTRÍTICOS, VARIOS (cont.)		
GEL-ONE 30MG/3ML SYR	T3	PA SP HD
GELSYN-3	T3	PA SP HD
GENVISC 850 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP
HYALGAN	T3	PA SP HD
HYMOVIS	T3	PA SP HD
MONOVISC	T3	PA SP HD
ORTHOVISC	T3	PA SP HD
SODIUM HYALURONATE	T3	PA SP
SUPARTZ FX 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP HD
SYNVISC	T3	PA SP HD
SYNVISC-ONE	T3	PA SP HD
SYNOJOYNT	T3	PA SP
TRILURON	T3	PA SP HD
TRIVISC 25MG/2.5ML SYR	T3	PA SP
VISCO-3	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA 250 MG VIAL	T3	PA SP HD
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
COLCHICINE	T1	HD
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE	T3	HD
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - TIPO ENZIMA URATO OXIDASA		
ELITEK	T2	SP
KRYSTEXXA	T3	PA SP
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>allopurinol sodium</i>	T1	HD
<i>allopurinol sodium</i>	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA (cont.)		
<i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ML/22 Days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
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
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
ANJESO	T3	HD
CALDOLOR	T3	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 calcium</i> (Nalfon)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam (Mobic)</i>	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	HD
<i>naproxen (Ec-naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin (Daypro)</i>	T1	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>celecoxib 100 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule (Celebrex)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 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
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<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>albuterol sulfate (Albuterol Sulfate Hfa)</i>	T1	QL (8.5gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (8.5gm/30 days)
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T2	
ASMANEX HFA	T2	QL (1 inhaler/30days)
ASMANEX TWISTHALER	T2	QL (1 inhaler/30days)
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA	T2	PA SP HD
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T2	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
CINQAIR	T3	PA SP
NUCALA	T2	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
<i>aminophylline</i>	T1	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline in dextrose 5 %</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T3	
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE 1% EYE DROPS	T2	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
MOXIFLOXACIN HCL-BSS	T1	
MOXIFLOXACIN HCL-NACL	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate</i>	T1	
ARIKAYCE	T3	PA SP
<i>gentamicin in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
GENTAMICIN SULFATE IN NS	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
STREPTOMYCIN SULFATE	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i>	T1	PA QL (8ML/DAY) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	
<i>tobramycin/sodium chloride</i>	T1	
ZEMDRI	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T1	
<i>metronidazole/sodium chloride</i>	T3	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T3	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomicin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
UTA	T3	
ANTIBIÓTICOS, VARIOS, OTROS		
<i>bacitracin</i>	T1	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE	T3	
CYCLOSERINE	T1	
<i>cycloserine</i>	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFADIN (<i>rifampin</i>)	T3	
RIFAMATE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS (cont.)		
<i>rifampin</i>	T1	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	T3	SP
BETALACTAMASAS		
AZACTAM (<i>aztreonam</i>)	T3	
<i>aztreonam</i> (Azactam)	T1	
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS (TIENAMICINAS)		
<i>ertapenem sodium</i> (Invanz)	T1	
<i>imipenem/cilastatin sodium</i>	T1	
<i>imipenem/cilastatin sodium</i> (Primaxin)	T1	
INVANZ (<i>ertapenem</i>)	T3	
<i>meropenem</i>	T1	
<i>meropenem</i> (Merrem)	T1	
MEROPENEM-0.9% NACL	T1	
MERREM (<i>meropenem</i>)	T3	
PRIMAXIN (<i>imipenem-cilastatin sodium</i>)	T3	
RECARBRIO	T3	
VABOMERE	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - I.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cefazolin sodium</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - I.º GENERACIÓN		
CEFAZOLIN 3 GM VIAL	T3	
<i>cefazolin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-0.9% NACL	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-D5W	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE	T1	
CEFAZOLIN SODIUM-STERILE WATER	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
CEFOTAN	T3	
CEFOTETAN DEXTROSE	T1	
<i>cefotetan disodium</i>	T1	
<i>cefotetan disodium</i> (Cefotan)	T1	
<i>cefoxitin sodium</i>	T1	
<i>cefoxitin sodium/dextrose, iso</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<i>cefuroxime sodium</i> (Zinacef)	T1	
ZINACEF	T3	
ZINACEF (<i>cefuroxime sodium</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
AVYCAZ	T3	
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefotaxime sodium</i>	T1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftazidime</i>	T1	
<i>ceftazidime</i> (Fortaz)	T1	
CEFTRIAXONE	T1	
<i>ceftriaxone in is-osm dextrose</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
CLAFORAN	T3	
FORTAZ	T3	
FORTAZ (<i>tazicef</i>)	T3	
FORTAZ IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ZERBAXA	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.º GENERACIÓN		
CEFEPIME HCL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 4.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>cefepime hcl</i> (Maxipime)	T1	
<i>cefepime in iso-osm dextrose</i>	T1	
CEFEPIME-DEXTROSE	T1	
MAXIPIME	T3	
MAXIPIME (<i>cefepime hcl</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - SIDERÓFOROS		
FETROJA	T3	
CEFALOSPORINAS - 5.ª GENERACIÓN		
TEFLARO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE CLORANFENICOL Y DERIVADOS		
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	T1	
GLICILICLINAS		
<i>tigecycline</i> (Tygacil)	T1	
TYGACIL (<i>tigecycline</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 150 MG/ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 300 MG/2 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>cleocin phos 300 mg/2ml addvan</i>	T1	
CLEOCIN PHOS 600 MG/4 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN PHOS 600 MG/4ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 9 G/60 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6 ML VIAL (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLEOCIN PHOS 900 MG/6ML ADDVAN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLIN SINGLE USE	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin Phosphate)	T1	
<i>clindamycin phosphate/d5w</i>	T1	
CLINDAMYCIN-0.9% NACL	T1	
LINCOCIN	T3	
<i>lincomycin hcl</i> (Lincocin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LIPOGLUCOPÉPTIDOS		
DALVANCE	T3	
ORBACTIV	T3	
VIBATIV	T3	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg add-van vl</i>	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>azithromycin i.v. 500 mg vial</i> (Zithromax)	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
ERY-TAB (<i>erythromycin</i>)	T3	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX I.V. 500 MG VIAL (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
<i>linezolid in 0.9% sodium chlor</i>	T1	
<i>linezolid in dextrose 5%</i> (Zyvox)	T1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	T3	PA
SIVEXTRO 200 MG VIAL	T3	
ZYVOX 100 MG/5 ML SUSPENSION (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
ZYVOX 200 MG/100 ML-D5W	T3	
ZYVOX 600 MG TABLET (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ZYVOX 600 MG/300 ML-D5W	T3	
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
<i>ampicillin sodium/sulbactam na</i>	T1	
<i>ampicillin sodium/sulbactam na</i> (Unasyn)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
BICILLIN C-R	T3	
BICILLIN L-A	T3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA (cont.)		
<i>nafcillin in dextrose, iso-osm</i>	T1	
<i>nafcillin sodium</i>	T1	
<i>oxacillin in dextrose (iso-osm)</i>	T1	
<i>oxacillin sodium</i>	T1	
<i>penicillin g potassium</i>	T1	
<i>penicillin g procaine</i>	T1	
<i>penicillin g sodium</i>	T1	
PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE	T1	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam (Piperacillin-tazobactam)</i>	T1	
<i>piperacillin sodium/tazobactam (Zosyn)</i>	T1	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM	T1	
UNASYN (<i>ampicillin-sulbactam</i>)	T3	
ZOSYN	T3	
ZOSYN (<i>piperacillin-tazobactam</i>)	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA 150 MG/15 ML VIAL	T3	
XENLETA 600 MG TABLET	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE POLIMIXINA Y DERIVADOS		
<i>colistin (colistimethate na) (Coly-mycin M Parenteral)</i>	T1	
COLY-MYCIN M PARENTERAL (<i>colistimethate</i>)	T3	
<i>polymyxin b sulfate</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
AVELOX IV (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
BAXDELA 300 MG VIAL	T3	
BAXDELA 450 MG TABLET	T3	PA
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
CIPRO I.V. (<i>ciprofloxacin-d5w</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin (Cipro)</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS (cont.)		
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	T1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> (Cipro I.v.)	T1	
<i>ciprofloxacin lactate</i>	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>levofloxacin in dextrose 5 %</i>	T1	
MOXIFLOXACIN	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride (iso)</i> (Avelox Iv)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (42 tabs/14 days)
ANTIBIÓTICOS ESTREPTOGRAMINAS		
SYNERCID	T3	
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN	T3	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA 100 MG VIAL	T3	SP
NUZYRA 150 MG TABLET	T3	QL (30 tablets/28 days) SP
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN	T3	
XERAVA	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate (Cleocin)</i>	T1	
<i>metronidazole (Metrogel-vaginal)</i>	T1	
NUVESSA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ	T2	
VANCOMYCIN	T1	
<i>vancomycin 50 mg/ml solution</i>	T1	
<i>vancomycin 1 gm add-van vial</i>	T1	
<i>vancomycin 1 gm vial</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOMYCIN 1 GRAM/200 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.25 GM/250 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 1.75 GM/350 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 2 GRAM/400 ML BAG	T3	
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln (Firvanq)</i>	T1	
<i>vancomycin 500 mg add-van vial</i>	T1	
<i>vancomycin 500 mg vial</i>	T1	
VANCOMYCIN 500 MG/100 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN 750 MG ADD-VAN VIAL	T1	
VANCOMYCIN 750 MG/150 ML BAG	T3	
VANCOMYCIN HCL 1.25 GRAM VIAL	T1	
VANCOMYCIN HCL 1.5 GRAM VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl 10 gm vial</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	T1	
VANCOMYCIN HCL 1G/200 ML BAG	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS (cont.)		
VANCOMYCIN HCL 250 MG VIAL	T1	
<i>vancomycin hcl 5 gm vial</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 750 mg vial</i>	T1	
VANCOMYCIN HCL-0.9% NAACL	T1	
VANCOMYCIN HCL-D5W	T1	
ANTIBIÓTICOS (Varios)		
LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS		
CUBICIN (<i>daptomycin</i>)	T3	
CUBICIN RF (<i>daptomycin</i>)	T3	
DAPTOMYCIN	T1	
<i>daptomycin</i> (Cubicin Rf)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON	T3	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
TRICITRASOL	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	PA
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial (Lovenox)</i>	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr (Lovenox)</i>	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium (Arixtra)</i>	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T3	QL (2ML/DAY) 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 carpuct</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50, 000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 1,000 unit/500 ml-ns</i>	T1	
<i>HEPARIN 2,000 UNIT/1,000 ML-NS (heparin sodium,porcine/ns/pf)</i>	T3	
<i>heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns (Heparin Sodium-0.9% Nacl)</i>	T1	
<i>HEPARIN 2,500 UNIT/500 ML-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 30,000 UNIT/1,000-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 5,000 UNIT/1,000 ML-NS</i>	T1	
<i>HEPARIN 5,000 UNIT/500 ML-NS</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	
<i>HEPARIN SOD 5, 000 UNIT/0.5 ML</i>	T3	
<i>heparin sod 5, 000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml syrg</i>	T1	
<i>heparin sod 5, 000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod, porcine/0.9 % nacl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>heparin sod, pork in 0.45% nacl</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine/d5w</i>	T1	
<i>heparin sodium, porcine/pf</i>	T1	
HEPARIN SODIUM-0.45% NAACL	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T2	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T3	QL (2 syringes/day) SP
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
ARGATROBAN	T1	SP HD
ARGATROBAN 250MG/2.5ML VIAL	T3	SP
ARGATROBAN-0.9% NAACL	T1	SP HD
ARGATROBAN-SODIUM CHLORIDE	T1	HD
PRADAXA	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES - TIPO HIRUDINA		
ANGIOMAX (<i>bivalirudin</i>)	T3	
BIVALIRUDIN 250 MG ADD-VANT VL	T1	
<i>bivalirudin 250 mg vial</i> (Angiomax)	T1	
BIVALIRUDIN RTU 250 MG/50 ML	T3	
BIVALIRUDIN-0.9% NAACL	T1	
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T3	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T3	PA
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS OPIOIDES (cont.)		
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	T3	PA
CRESEMBA 372 MG VIAL	T3	
<i>fluconazole</i>	T1	
<i>fluconazole in dextrose, iso-os</i>	T1	
<i>fluconazole in nacl, iso-osm</i>	T1	
<i>flucytosine (Ancobon)</i>	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole (Noxafil)</i>	T1	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
VFEND IV (<i>voriconazole</i>)	T3	
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole 200 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i> (Vfend Iv)	T1	
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i> (Vfend)	T1	PA
<i>voriconazole 50 mg tablet</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	T3	
AMBISOME	T3	
<i>amphotericin b</i>	T1	
CANCIDAS (<i>caspofungin acetate</i>)	T3	
<i>caspofungin acetate</i> (Cancidas)	T1	
ERAXIS (WATER DILUENT)	T3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>micafungin sodium</i> (Mycamine)	T1	
MYCAMINE (<i>micafungin</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LULICONAZOLE	T1	
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T1	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine maleate</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
ANTIHIAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN		
<i>diphenhydramine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
PHENERGAN (<i>promethazine hcl</i>)	T3	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i> (Phenergan)	T1	
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIHIAMÍNICOS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	T1	HD
ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i>	T1	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T2	QL (1 pen/30 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ML/21 Days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	QL
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</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> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
KORLYM	T3	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY)HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ML/DAY)HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ML/DAY)HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1 ML/DAY) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS (INFECCIONES)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>ampicillin sodium</i>	T1	
<i>nafcillin sodium</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	QL (30 tabs/365 days)
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	
PRIMAQUINE (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
<i>primaquine phosphate</i> (Primaquine)	T1	
<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	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i>	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
PENTAM 300 (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
<i>pentamidine isethionate</i> (Pentam 300)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (CONDICIONES CUTÁNEAS)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	
ANTIINFLAMATORIOS AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
AMJEVITA(CF)	T2	PA QL(2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR	T2	PA QL(2 AUTO-INJS/28 DAYS) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
HADLIMA (CF-citrate free)	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T2	PA QL (2 doses/28 days) SP
IBRANCE	T3	PA QL SP
INFLECTRA	T2	PA SP HD
RENFLXIS	T3	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 inductor/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

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

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD

ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS

<i>adriamycin 10 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 10 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>adriamycin 20 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
ADRIAMYCIN (<i>doxorubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>bleomycin sulfate</i>	T1	PA SP
COSMEGEN	T2	PA SP
<i>dactinomycin</i> (Cosmegen)	T1	PA SP
<i>daunorubicin hcl</i>	T1	PA SP
DOXIL (<i>lipodox 50</i>)	T3	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i>	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl</i> (Adriamycin)	T1	PA SP
<i>doxorubicin hcl peg-liposomal</i> (Doxil)	T1	PA SP
ELLECE	T3	PA SP
ELLECE (<i>epirubicin hcl</i>)	T3	PA SP
<i>epirubicin 200 mg/100 ml vial</i> (Elevance)	T1	PA SP
<i>epirubicin 50 mg/25 ml vial</i> (Elevance)	T1	PA SP
<i>epirubicin hcl 200 mg vial</i>	T1	SP
IDAMYCIN PFS (<i>idarubicin hcl</i>)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSTICOS (cont.)		
<i>idarubicin hcl</i> (Idamycin Pfs)	T1	PA SP
<i>mitomycin</i> (Mutamycin)	T1	PA SP
MUTAMYCIN (<i>mitomycin</i>)	T3	PA SP
<i>valrubicin</i> (Valstar)	T1	SP
VALSTAR (<i>valrubicin</i>)	T2	SP
ZANOSAR	T2	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
LUNSUMIO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
ZYNYZ	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 (LINFOCITOS B)		
ARZERRA	T3	PA SP
GAZYVA	T3	PA SP
RIABNI	T2	PA SP
RITUXAN	T2	PA SP
RITUXAN HYCELA	T2	PA SP
RUXIENCE	T2	PA SP
TRUXIMA	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES INHIBIDORES DEL VEGF HUMANO		
AVASTIN	T2	PA SP
MVASI	T2	PA SP
VEGZELMA	T3	PA SP
ZIRABEV	T2	PA SP
ANTINEOPLÁST., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
BELEODAQ	T3	PA SP
FARYDAK	T3	PA SP HD
ISTODAX	T3	PA SP
ROMIDEPSIN 10 MG KIT	T1	PA SP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	T3	PA SP
ZOLINZA	T2	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN 2 MG TABLET (<i>melfalan</i>)	T3	SP
ALKERAN 50 MG VIAL (<i>melfalan hcl</i>)	T3	PA SP
BELRAPZO	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)		
<i>bendamustine 100 mg vial</i>	T1	PA SP
<i>bendamustine 25 mg vial</i>	T1	PA SP
BENDEKA	T3	PA SP HD
BICNU (<i>carmustine</i>)	T2	SP
<i>busulfan</i> (Busulfex)	T1	SP
BUSULFEX (<i>busulfan</i>)	T2	SP
<i>carboplatin</i>	T1	PA SP
<i>carmustine</i> (Bicnu)	T1	SP
CISPLATIN 50MG VIAL	T3	PA SP
<i>cyclophosphamide 1 gm vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL	T3	SP
<i>cyclophosphamide 2 gm vial</i>	T3	SP
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T3	SP HD
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T3	SP HD
<i>cyclophosphamide 500 mg vial</i>	T3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG/2.5 ML	T3	SP
EVOMELA	T3	PA SP
GLEOSTINE	T2	
GLIADEL	T3	SP
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
IFEX (<i>ifosfamide</i>)	T3	PA SP
<i>ifosfamide</i>	T1	PA SP
<i>ifosfamide</i> (Ifex)	T1	PA SP
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</i> (Alkeran)	T1	SP
<i>melphalan hcl</i> (Alkeran)	T1	PA SP
MYLERAN	T2	
<i>oxaliplatin</i>	T1	PA SP
PEPAXTO	T3	PA SP
TEMODAR 100 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
TEMODAR 100 MG VIAL	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)		
TEMODAR 140 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
TEMODAR 180 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
TEMODAR 20 MG CAPSULE (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD
TEPADINA	T3	PA SP
TEPADINA (<i>thiotepa</i>)	T3	PA SP
<i>thiotepa</i> (Tepadina)	T1	PA SP
TREANDA	T3	PA SP
YONDELIS	T3	PA SP
ZEPZELCA	T3	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone 500 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIBIÓTICOS Y ANTIMETABOLITOS		
VYXEOS	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD38		
DARZALEX	T3	PA SP HD
DARZALEX FASPRO	T3	PA SP
SARCLISA	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA	T2	PA SP
ARRANON	T2	PA SP
<i>azacitidine</i> (Vidaza)	T1	PA SP
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
<i>cladribine</i>	T1	PA SP
<i>clofarabine</i> (Clolar)	T1	PA SP
CLOLAR (<i>clofarabine</i>)	T2	PA SP
<i>cytarabine</i>	T1	PA SP
<i>cytarabine/pf</i>	T1	PA SP
DACOGEN (<i>decitabine</i>)	T2	PA SP
<i>decitabine</i> (Dacogen)	T1	PA SP
<i>floxuridine</i>	T1	PA SP
<i>fludarabine phosphate</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 1, 000 mg/20 ml vl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2, 500 mg/50 ml vl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml btl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 2.5 gm/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml btl</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5 gm/100 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 5, 000 mg/100 ml</i>	T1	PA SP
<i>fluorouracil 500 mg/10 ml vial</i>	T1	PA SP
FOLOTYN 20 MG/ML VIAL	T2	PA SP
FOLOTYN 40 MG/2 ML VIAL	T3	PA SP
<i>gemcitabine hcl</i>	T1	PA SP
GEMCITABINE 1GM/10ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 1.5GM/15ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 2GM/20ML VIAL	T3	PA SP
GEMCITABINE 200MG/2ML VIAL	T3	PA SP
INFUGEM	T3	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
NIPENT	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
VIDAZA (<i>azacitidine</i>)	T2	PA SP
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-SLAMF7		
EMPLICITI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T3	PA SP HD
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
MONJUVI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - EPOTILONAS Y ANÁLOGOS		
IXEMPRA	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOTERAPIA, AGENTES VIRALES		
IMLYGIC	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD
MEKTOVI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE MICROTÚBULOS		
HALAVEN	T3	PA SP
AFINITOR	T3	PA SP HD
AFINITOR (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>temsirolimus</i> (Torisel)	T1	PA SP
TORISEL (<i>temsirolimus</i>)	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
CAMPTOSAR	T3	PA SP
CAMPTOSAR (<i>irinotecan hcl</i>)	T3	PA SP
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	T3	PA SP HD
HYCAMTIN 4 MG VIAL (<i>topotecan hcl</i>)	T2	PA SP HD
<i>irinotecan hcl</i>	T1	PA SP
<i>irinotecan hcl</i> (Camptosar)	T1	PA SP
ONIVYDE	T3	PA SP
<i>topotecan hcl</i>	T1	PA SP HD
<i>topotecan hcl</i> (Hycamtin)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DEL VEGF-A, B Y PLGF		
ZALTRAP	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTAGONISTA DE VEGFR		
CYRAMZA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ALCALOIDES DE LA VINCA		
MARQIBO	T3	PA SP
NAVELBINE (<i>vinorelbine tartrate</i>)	T3	PA SP
<i>vinblastine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vincristine sulfate</i>	T1	PA SP
<i>vinorelbine tartrate</i> (Navelbine)	T1	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPO CD22-ANTIBIÓTICO CITOTÓXICO		
BESPOLSA	T3	PA SP
MYLOTARG	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack/28 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
ERBITUX	T2	PA SP
HERCEPTIN	T3	PA SP
HERCEPTIN HYLECTA	T3	PA SP
HERZUMA	T3	PA SP
KANJINTI	T2	PA SP
MARGENZA	T3	PA SP
OGIVRI	T2	PA SP
ONTRUZANT	T3	PA SP
PERJETA	T3	PA SP
PHESGO	T3	PA SP HD
PORTRAZZA	T3	PA SP
TRAZIMERA	T2	PA SP
VECTIBIX	T2	PA SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ELIGARD	T3	SP HD
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS (cont.)		
TRELSTAR	T3	SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
ALIQOPA	T3	PA SP
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/day) SP
BALVERSA	T3	PA SP
BORTEZOMIB	T3	PA SP
BORTEZOMIB 3.5MG IV VIAL	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA SP HD
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl</i>	T1	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T2	PA SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	PA SP HD
IMBRUVICA	T2	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
KISQALI 600MG	T2	PA QL (63/28days) SP HD CSL

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
KISQALI 400MG	T2	PA QL (42/28days) SP HD CSL
KISQALI 200MG	T2	PA QL (21/28days) SP HD CSL
KYPROLIS	T3	PA SP HD
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL(4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL(5 TABS/DAY) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T2	PA SP HD
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T3	PA SP HD
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VELCADE	T2	PA SP
VERZENIO	T2	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT	T3	PA SP HD
XALKORI	T3	PA SP HD
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
KEYTRUDA	T3	PA SP
LIBTAYO	T3	PA SP
OPDIVO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-ANTICUERPO DIRECTO CD22/CONJ. DE CITOTÓXICOS		
LUMOXITI	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6), ANTICUERPOS		
SYLVANT	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 CAPS/DAY) SP CSL
IDHIFA	T3	PA SP HD
TIBSOVO	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
ADCETRIS	T3	PA SP
BLENREP	T3	PA
BLINCYTO	T3	PA SP
ENHERTU	T3	PA SP HD
KADCYLA	T3	PA SP
PADCEV	T3	PA SP
POLIVY	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA (cont.)		
POTELIGEO	T3	PA SP
TRODELVY	T3	PA SP
UNITUXIN	T3	PA SP
ZEVALIN	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
ABRAXANE	T2	PA SP
ARSENIC TRIOXIDE	T1	PA SP
<i>arsenic trioxide (Trisenox)</i>	T1	PA SP
ASPARLAS	T3	SP
BCG (TICE STRAIN)	T3	SP
<i>dacarbazine</i>	T1	PA SP
DOCEFREZ	T3	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/16 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 160 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP HD
<i>docetaxel 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 20 mg/ml vial</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/4 ml vial (Taxotere)</i>	T1	PA SP
<i>docetaxel 80 mg/8 ml vial</i>	T1	PA SP
ERWINAZE	T3	PA SP
ETOPOPHOS	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 1,000 mg/50 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial</i>	T1	PA SP
<i>etoposide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>etoposide 500 mg/25 ml vial</i>	T1	PA SP
JEVTANA	T3	PA SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>mitoxantrone hcl</i>	T1	PA SP
ONCASPAR	T2	PA SP
<i>paclitaxel</i>	T1	PA SP
SYNRIBO	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS (cont.)		
TAXOTERE (<i>docetaxel</i>)	T3	PA SP
TENIPOSIDE 50MG/5ML AMPULE	T3	PA SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
TRISENOX (<i>arsenic trioxide</i>)	T2	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE CELULAR PROGRAMADA-LIGAND I (PD-LI)		
BAVENCIO	T3	PA SP
IMFINZI	T3	PA SP
TECENTRIQ	T3	PA SP HD
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
IMJUDO	T3	PA SP HD
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
ALFERON N	T2	PA SP HD
PROLEUKIN	T2	PA SP
FOTOACTIVADOS, AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS (SISTÉMICOS)		
PHOTOFRIN	T2	SP
UVADEX	T2	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
AZEDRA DOSIMETRIC	T3	PA SP
AZEDRA THERAPEUTIC	T3	PA SP
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
FASLODEX (<i>fulvestrant</i>)	T2	PA SP HD
<i>fulvestrant (Faslodex)</i>	T1	PA SP HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	T1	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T3	
TARGRETIN 1% GEL	T2	SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T3	SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
WEGOYV	T2	PA QL (1 BOX/MONTH)
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA	T3	
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide (Alinia)</i>	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton (Eurax)</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX	T3	
<i>ivermectin (Sklice)</i>	T1	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
NATROBA (<i>spinosad</i>)	T3	
<i>permethrin (Elimite)</i>	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T3	
<i>spinosad (Natroba)</i>	T1	
ULESFIA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	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</i> (Sinemet 25-250)	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	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 3 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL(1 TAB/DAY) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</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
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</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
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD

INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

<i>carbidopa</i>	T1	
------------------	----	--

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

AGGRASTAT	T3	HD
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA (cont.)		
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate (Plavix)</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 25 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>dipyridamole 75 mg tablet</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
EPTIFIBATIDE	T1	HD
<i>eptifibatide (Integrilin)</i>	T1	HD
INTEGRILIN (<i>eptifibatide</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl (Effient)</i>	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl (Agrylin)</i>	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES - ANTICUERPOS MONOCLONALES AL DOMINIO 2 ANTI-CD4		
TROGARZO	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T2	PA SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY) SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
RETROVIR	T3	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA
LEXIVA	T2	PA SP
NORVIR	T2	SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1		
APRETUDE	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovir df (Atripla)</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop (Symfi)</i>	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (cont.)		
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS		
SYNAGIS	T3	PA SP HD
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir</i>	T1	
<i>acyclovir sodium</i>	T1	
<i>cidofovir</i>	T1	SP
CYTOVENE (<i>ganciclovir sodium</i>)	T3	SP
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
<i>foscarnet sodium</i> (Foscavir)	T1	
FOSCAVIR	T3	
FOSCAVIR (<i>foscarnet sodium</i>)	T3	
GANCICLOVIR 500MG/250ML BAG	T3	SP
<i>ganciclovir sodium</i>	T1	SP
<i>ganciclovir sodium</i> (Cytovene)	T1	SP
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i> (Tamiflu)	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVMIS 240 MG TABLET	T3	SP HD
PREVMIS 240 MG/12 ML VIAL	T3	SP
PREVMIS 480 MG TABLET	T3	SP HD
PREVMIS 480 MG/24 ML VIAL	T3	SP
RAPIVAB	T3	
RELENZA	T3	QL (20/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>rimantadine hcl</i> (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
<i>valacyclovir hcl</i> (Valtrex)	T1	
<i>valganciclovir hcl</i>	T1	
VALTREX (<i>valacyclovir</i>)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i>	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>Jamivudine hbv</i>)	T3	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T2	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B (cont.)		
<i>lamivudine (Epivir Hbv)</i>	T1	SP
VEMLIDY	T2	SP HD
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T3	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T3	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 400-400 mg	T1	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 600-400 mg	T1	SP HD
RIBASPHERE RIBAPAK 600-600 mg	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
ADYPHREN	T1	
ADYPHREN AMP	T1	
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECT	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject (Epinephrine)</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE PROFESSIONAL EMS	T3	
EPINEPHRINE PROFESSIONAL KIT	T3	
EPINEPHRINESNAP-EMS	T3	
EPINEPHRINESNAP-V	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
BLOXIVERZ (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide er</i>)	T3	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>)	T3	HD
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE	T1	HD
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Bloxiverz)	T1	HD
<i>neostigmine methylsulfate</i> (Neostigmine Methylsulfate)	T1	HD
NEOSTIGMINE-STERILE WATER	T1	HD
<i>physostigmine salicylate</i>	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i>	T3	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) 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)ⁱⁱ

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)ⁱⁱ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine (Adderall)</i>	T1	PA
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL(1 PATCH/DAY)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa (Northera)</i>	T1	SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
NORTHERA (<i>droxidopa</i>)	T3	PA SP HD

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl (Dibenzylin)</i>	T1	HD
<i>phentolamine mesylate</i>	T1	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios)

AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS

<i>dopamine hcl</i>	T1	
<i>dopamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>epinephrine</i>	T3	
<i>epinephrine 0.1 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/10 ml luerjet</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/10 ml abbojct</i>	T1	
<i>epinephrine 1 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>epinephrine 30 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in 0.9 % nacl (Epinephrine Hcl-0.9% Nacl)</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5%</i>	T1	
<i>epinephrine hcl in dextrose 5% (Epinephrine Hcl-d5w)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS, CATECOLAMINAS (cont.)		
EPINEPHRINE HCL-0.9% NAACL	T1	
EPINEPHRINE HCL-0.9% NAACL (<i>epinephrine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W	T1	
EPINEPHRINE HCL-D5W (<i>epinephrine hcl-d5w</i>)	T1	
<i>isoproterenol hcl</i>	T1	
<i>isoproterenol hcl</i> (Isuprel)	T1	
ISUPREL	T3	
LEVOPHED (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	T3	
LEVOPHED BITARTRATE (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	T3	
<i>norepinephrine bit/0.9% nacl</i>	T1	
NOREPINEPHRINE BITAR-0.9% NAACL	T1	
<i>norepinephrine bitartrate</i> (Levophed Bitartrate)	T1	
<i>norepinephrine bitartrate</i> (Levophed)	T1	
<i>norepinephrine bitartrate/d5w</i>	T1	
NOREPINEPHRINE BITARTRATE-D5W	T1	
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES		
<i>atracurium besylate</i>	T1	
BOTOX 100 UNIT VIAL	T3	PA SP
BOTOX 200 UNIT VIAL	T3	PA SP HD
<i>cisatracurium besylate</i> (Nimbex)	T1	
DYSPORT	T3	PA SP HD
MIVACRON	T3	
MYOBLOC	T3	PA SP
NIMBEX (<i>cisatracurium besylate</i>)	T3	
<i>pancuronium bromide</i>	T1	
QUELICIN (<i>succinylcholine chloride</i>)	T3	
<i>rocuronium bromide</i>	T1	
<i>rocuronium bromide</i> (Rocuronium Bromide)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T1	
<i>succinylcholine chloride</i> (Quelicin)	T3	
<i>succinylcholine chloride</i> (Succinylcholine Chloride)	T1	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE-NAACL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES (cont.)		
<i>vecuronium bromide</i>	T1	
VECURONIUM BROMIDE-WATER	T1	
XEOMIN	T3	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
<i>guanidine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
SUEROS INMUNOLÓGICOS		
HYPERRHO S-D	T3	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	T3	SP
RHOPHYLAC	T3	SP
WINRHO SDF	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS (cont.)		
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA 2017-2018	T3	PPACA
AFLURIA 2018-2019	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2017-2018	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2018-2019	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (6-35MO)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-2020	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-2021	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (3YR UP)	T3	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (6-35MO)	T3	PPACA
EZ FLU 2018-2019 (FLUCELVAX)	T3	PPACA
FLUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUARIX QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUBLOK 2017-2018	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos
 T2 – Habitualmente marcas preferidas
 T3 – Habitualmente marcas no preferidas

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUBLOK QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUVIRIN 2017-2018	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2017-2018	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2018-2019	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-2020	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T3	PPACA
FLUZONE INTRADERM QUAD 2017-18	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2017-2018	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2018-2019	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2019-2020	T3	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	PPACA
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T3	
ENGERIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
GARDASIL 9	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
ZOSTAVAX	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i>	T1	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS (cont.)		
CYKLOKAPRON (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
FIBRYGA	T3	PA SP
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
RIASTAP	T3	PA SP
<i>tranexamic acid</i> (Cyklokapron)	T1	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
TRANEXAMIC ACID-NACL	T3	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVILLO	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
FACTORES DE COAGULACIÓN, VARIOS		
VONVENDI	T3	SP HD
COAGULANTES		
<i>protamine sulfate</i>	T1	
PREPARACIONES DE COMPLEJO DE FACTOR IX (CCP)		
KCENTRA	T3	SP
PREPARACIONES DE FACTOR X		
COAGADEX	T3	PA SP
CORIFACT	T3	PA SP
TRETTEN	T3	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T3	PA SP HD
ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO INHIBIDOR DEL COMPLEMENTO (C5)		
SOLIRIS	T2	PA SP
ULTOMIRIS	T3	PA SP HD
PREPARACIONES DE PROTEÍNA C		
CEPROTIN	T3	PA SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
ADAKVEO	T3	PA SP
DROXIA	T2	
OXBRYTA 300MG TAB	T3	PA QL (5 tabs/day) SP
SIKLOS	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL'S	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
REVERSOR ANTICOAGULANTE PARA INHIB. DEL FACTOR XA		
ANDEXXA	T3	SP
REVERSOR ANTICOAGULANTE, INHIB. DIRECTO DE LA TROMBINA		
PRAXBIND	T3	SP
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
TROMBOLÍTICOS - TIPO NUCLEÓTIDOS		
DEFITELIO	T3	PA SP
ENZIMAS TROMBOLÍTICAS		
ACTIVASE	T3	
CATHFLO ACTIVASE	T3	
RETAVASE	T3	
TNKASE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE TERAPIA CELULAR/GENÉTICA - HEMATOPOYÉTICA		
OMISIRGE	T3	
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
RANEXA (<i>ranolazine er</i>)	T3	QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>adenosine 12 mg/4 ml syringe</i>	T1	HD
<i>adenosine 12 mg/4 ml vial</i>	T1	HD
<i>adenosine 6 mg/2 ml syringe</i>	T1	HD
<i>adenosine 6 mg/2 ml vial</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
AMIODARONE HCL-D5W	T1	HD
<i>bretylum tosylate</i>	T1	HD
CORVERT (<i>ibutilide fumarate</i>)	T3	PA HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>ibutilide fumarate</i> (Corvert)	T1	HD
<i>lidocaine hcl 1% abboject</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 1% syringe</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% abboject</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% luer-jet</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% syringe</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl 2% vial</i>	T1	HD
<i>lidocaine hcl/dextrose 5 %/pf</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
NEXTERONE	T3	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIARRÍTMICOS (cont.)		
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>procainamide hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl (Rythmol Sr)</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
XYLOCAINE IV	T3	HD
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
<i>amlodipine besylate (Norvasc)</i>	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDENE I.V.	T3	HD
CARDENE I.V. (<i>nicardipine hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 120 MG TABLET (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CLEVIPREX	T3	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb (Cardizem La)</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl (Cardizem La)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
DILTIAZEM HCL-0.7% NACL	T3	HD
DILTIAZEM HCL-0.9% NACL	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
NICARDIPIN 20MG/200ML-0.9%NACL	T3	HD
NICARDIPIN 40MG/200ML-0.9%NACL	T3	HD
NICARDIPINE 1 MG/10 ML-NS SYRG	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i> (Cardene l.v.)	T1	HD
NICARDIPINE HCL-D5W	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA	T3	
CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM	T3	
CARDIOPLEGIA IND 8:1 NON-ENRCH	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA INDUCTION 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 4:1	T3	
CARDIOPLEGIA MAINTENANCE 8:1	T3	
CARDIOPLEGIA REPERFUSATE 4:1	T3	
<i>cardioplegic solution no.1</i> (Plegisol)	T1	
PLEGISOL	T3	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T3	HD
LANOXIN PEDIATRIC	T3	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR	T2	PA HD
CARDIOTÓNICOS		
<i>dobutamine hcl</i>	T1	
<i>dobutamine hcl in dextrose 5 %</i>	T1	
<i>milrinone lactate</i>	T1	
<i>milrinone lactate/d5w</i>	T1	
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin in 5 % dextrose</i>	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	PA QL
CARDIOVASCULARES (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
AKOVAZ	T3	
BIORPHEN	T3	
EPHEDRINE SULFATE	T1	
<i>ephedrine sulfate</i> (Akovaz)	T1	
EPHEDRINE SULFATE-0.9% NACL	T1	
EPHEDRINE SULFATE-NACL	T1	
<i>phenylephrine hcl</i> (Vazculep)	T1	
<i>phenylephrine hcl in 0.9% nacl</i> (Phenylephrine Hcl-0.9% Nacl)	T1	
<i>phenylephrine hcl/dextrose 5 %</i>	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-0.9% NACL (<i>phenylephrine hcl-0.9% nacl</i>)	T1	
PHENYLEPHRINE HCL-D5W	T1	
VAZCULEP (<i>phenylephrine hcl</i>)	T3	
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T3	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
<i>sildenafil citrate</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambriasant</i> (Letairis)	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA (cont.)		
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
<i>epoprostenol sodium</i>	T3	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg v1</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg v1</i> (Flolan)	T1	PA SP
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg v1</i>	T1	PA SP HD
<i>epoprostenol sodium 1.5 mg v1</i> (Flolan)	T1	PA SP
FLOLAN	T3	PA SP
ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	T3	PA QL(168 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	T3	PA QL(336 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	T3	PA QL(252 TABS/180 DAYS) SP HD
REMOTULIN (<i>treprostinil</i>)	T3	PA SP HD
<i>treprostinil sodium</i> (Remodulin)	T1	PA SP HD
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
VELETRI VIAL	T1	PA SP
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
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	HD
<i>COREG (carvedilol)</i>	T3	ST HD
<i>COREG CR 10 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 20 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 40 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 80 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	ST HD
<i>LABETALOL HCL 10 MG/2 ML SYRNG</i>	T3	HD
<i>labetalol hcl 100 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 100 mg/20 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml crpjt</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml syrng</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 20 mg/4 ml vial</i>	T1	HD
<i>CARDURA (doxazosin mesylate)</i>	T3	HD
<i>CARDURA XL</i>	T3	HD
<i>labetalol hcl 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 200 mg/40 ml vl</i>	T1	HD
<i>labetalol hcl 300 mg tablet</i>	T1	HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	HD
<i>MINIPRESS (prazosin hcl)</i>	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA (cont.)		
<i>prazosin hcl (Minipress)</i>	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</i>	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i>	T1	HD
<i>enalaprilat dihydrate</i>	T1	HD
EPANED	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i>	T1	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>losartan potassium</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>valsartan</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEER (<i>metyrosine</i>)	T3	HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T1	HD
NITROPRESS	T3	HD
<i>nitroprusside sodium</i> (Nitropress)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES (<i>clonidine hcl</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS (cont.)		
<i>clonidine hcl 0.1 mg tablet (Catapres)</i>	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.2 mg tablet (Catapres)</i>	T1	HD
<i>clonidine hcl 0.3 mg tablet (Catapres)</i>	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>methyldopate hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES		
CORLOPAM	T3	HD
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol (Tenormin)</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BREVIBLOC	T3	HD
<i>esmolol hcl</i>	T1	HD
<i>esmolol hcl (Brevibloc)</i>	T1	HD
ESMOLOL HCL-WATER	T1	HD
<i>esmolol in sodium chloride, iso (Brevibloc)</i>	T1	HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate (Toprol XL)</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate (Lopressor)</i>	T1	HD
<i>nadolol</i>	T1	HD
<i>nadolol (Corgard)</i>	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl (Inderal La)</i>	T1	HD
<i>sotalol hcl</i>	T1	HD
<i>sotalol hcl (Betapace Af)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
SOTYLIZE SOLN	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES MUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
ATROPEN	T3	
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE, TIPO AINE		
<i>ibuprofen lysine/pf</i> (Neoprofen)	T1	
<i>indomethacin 1 mg vial</i>	T1	
NEOPROFEN (<i>ibuprofen lysine</i>)	T3	
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i>	T1	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
VASODILADORES, VARIOS		
<i>alprostadil</i>	T1	
PROSTIN VR PEDIATRIC	T3	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
<i>papaverine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	T1	HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg</i> (Caduet)	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg</i> (Caduet)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKEEZA	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T3	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<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	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized (Tricor)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline) (Trilipix)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (Fibricor)</i>	T1	HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin (Niaspan)</i>	T1	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	HD
CARDIOVASCULARES (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA VENOSCLEROSIS		
ASCLERA	T3	PA SP
ETHAMOLIN	T3	
<i>sodium tetradecyl sulfate</i> (Sotradecol)	T1	
SOTRADECOL	T3	
SOTRADECOL (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCOHOL, USO SISTÉMICO		
ALCOHOL, DEHYDRATED	T1	
<i>ethyl alcohol</i>	T1	
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
QALSODY	T3	
RADICAVA ORS	T3	PA SP QL(50ml/28days)
RADICAVA	T3	PA SP
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP
ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DOPRAM	T3	
<i>doxapram hcl</i> (Dopram)	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR 6 MG	T3	PA QL (90 TABS/30DAYS) SP HD
AUSTEDO XR 12MG	T3	PA QL (30 TABS/30 DAYS) SP HD
AUSTEDO XR 24MG	T3	PA QL (60 TABS/30 DAYS) SP HD
INGREZZA	T4	PA SP
INGREZZA INITIATION PACK	T4	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
CAFCIT (<i>caffeine citrate</i>)	T3	HD
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE	T1	HD
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
<i>caffeine citrate</i> (Cafcit)	T1	HD
<i>caffeine/sodium benzoate</i> (Caffeine And Sodium Benzoate)	T1	HD
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (cont.)

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

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

BRIUMVI	T3	PA SP
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T1	PA SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
LEMTRADA	T3	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
OCREVUS	T3	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD

AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.

<i>dalfampridine</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP

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

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

EMGALITY SYRINGE	T2	PA
------------------	----	----

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA 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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst (Diastat Acudial)</i>	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (5 boxes/30 Days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTIOM 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	T3	PA QL (80ml/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT 10 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	T3	PA HD
BRIVIACT 100 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 25 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG TABLET	T3	PA HD
BRIVIACT 50 MG/5 ML VIAL	T3	HD
BRIVIACT 75 MG TABLET	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine (Carbatrol)</i>	T1	HD
<i>carbamazepine (Tegretol Xr)</i>	T1	HD
<i>carbamazepine (Tegretol)</i>	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
CEREBYX (<i>fosphenytoin sodium</i>)	T3	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium er</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DIACOMIT	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
<i>fosphephenytoin sodium</i> (Cerebyx)	T1	HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
GABITRIL 16 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
GABITRIL 2 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
KEPPRA (<i>levetiracetam</i>)	T3	HD
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	T1	HD
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i>	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium</i>	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i>	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i>	T1	HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ML/DAY) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	T1	SP HD
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA HD
VIMPAT 100 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 150 MG TABLET	T2	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
VIMPAT 200 MG TABLET	T2	PA HD
VIMPAT 200 MG/20 ML VIAL	T3	HD
VIMPAT 50 MG TABLET	T2	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/Day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD

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

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

WAKIX	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
-------	----	--------------------------

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

ARANESP	T2	PA SP
EPOGEN	T2	PA SP
MIRCERA	T3	PA SP
PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD
NEUPOGEN	T3	PA SP
NIVESTYM	T2	SP
NYVEPRIA	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
STIMUFEND	T3	PA SP
UDENYCA	T2	PA SP
ZARXIO	T2	SP HD
ZIEXTENZO	T3	PA SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T3	PA SP HD
MULPLETA	T3	PA SP HD
NPLATE	T3	PA SP
PROMACTA	T3	PA SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Cáncer)		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE QUIMIOCINAS CXCR4		
MOZOBIL	T3	PA SP
ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T3	
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	T3	
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T3	SP PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA 150 MG/ML SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML VIAL (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-provera)	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (<i>rajani</i>)	T3	HD
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (<i>tri-legest fe</i>)	T3	HD
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
GENERESS FE (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
<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
LO ESTRIN FE	T2	HD
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>tarina fe 1-20 eq</i>)	T3	HD
LOSEASONIQUE (<i>lojaimiess</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
MINASTRIN 24 FE (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
MIRCETTE (<i>volnea</i>)	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)</i>	T3	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone (Ortho Micronor)</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 (Estrostep Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Microgestin 24 Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Minastrin 24 Fe)</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
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
SEASONIQUE (<i>simpesse</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (zumandimine)	T3	HD
YAZ (vestura)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
norelgestromin/ethin.estradiol	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T3	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARDT 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
benzonatate	T1	
benzonatate (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (benzonatate)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
promethazine/dextromethorphan	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGEST.		
hydrocodone/cpm/pseudoephed	T1	PA
promethazine/phenyleph/codeine	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
promethazine/phenyleph/codeine	T1	PA QL (480ml/30 days)
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
hydrocodone/chlorphen p-stirex	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ML/22 DAYS)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO SUPRARRENAL RADIOACTIVOS		
ADREVIEW	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR		
CHOLETEC	T3	
TC99M MEBROFENIN PREP	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO BILIAR, RADIOPACOS		
<i>indocyanine green</i>	T1	
SINOGRAFIN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOACTIVOS		
AMMONIA N-13	T3	
MYOVIEW	T3	
TC99M PYROPHOSPHATE PREP	T1	
TC99M SESTAMIBI PREP	T1	
THALLOUS CHLORIDE TL-201	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS		
<i>adenosine 60 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>adenosine 90 mg/30 ml vial</i>	T1	
DEFINITY	T3	
<i>dipyridamole 5 mg/ml vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR, AGENTES NO RADIOPACOS (cont.)		
LEXISCAN	T3	
OPTISON	T3	
<i>regadenoson</i>	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
ISOVUE-200	T3	
ISOVUE-250	T3	
ISOVUE-300	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
ISOVUE-370	T3	
ISOVUE-M 200	T3	
ISOVUE-M 300	T3	
OMNIPAQUE	T3	
OPTIRAY 240	T3	
OPTIRAY 300	T3	
OPTIRAY 320	T3	
OPTIRAY 350	T3	
ULTRAVIST	T3	
VISIPAQUE	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL RADIOACTIVOS		
CERETEC	T3	
INDIUM IN-111 DTPA	T3	
DOTAREM	T3	
<i>gadoterate meglumine (Dotarem)</i>	T1	
MAGNEVIST	T3	
MULTIHANCE	T3	
MULTIHANCE MULTIPACK	T3	
OMNISCAN	T3	
OMNISCAN PREFILL PLUS	T3	
OPTIMARK	T3	
PROHANCE	T3	
PROHANCE MULTIPACK	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS (cont.)		
ARIDOL	T3	
DMSA	T3	
DRAXIMAGE DTPA	T3	
GADAVIST	T3	
GLUCAGEN	T3	
GLUCAGON HCL	T1	
<i>isosulfan blue</i> (Lymphazurin)	T1	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
LIPIODOL	T3	
LUMASON	T3	
LYMPHAZURIN	T3	
NETSPOT	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M MEDRONATE PREP	T1	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - IMÁGENES DE AMILOIDES/TAU		
AMYVID	T3	
VIZAMYL	T3	PA
RADIOFÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO - TRANSPORTADOR DE DOPAMINA (DAT)		
DATSCAN	T3	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
AK-FLUOR	T3	
AK-FLUOR (<i>fluorescite</i>)	T3	
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>fluorescein sodium</i> (Ak-fluor)	T3	
<i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	
AGENTES PARA CISTOSCOPIA DE FLUORESCENCIA/IMÁGENES ÓPTICAS		
CYSVIEW	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)		
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL V	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO HEPÁTICO		
EOVIST	T3	
PREPARACIONES CON HISTAMINA		
HISTATROL INTRADERMAL	T3	
HISTATROL PERCUTANEOUS	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
CHIRHOSTIM	T3	
METOPIRONE	T3	
R-GENE 10	T3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES PARA DETECTAR TUMORES		
PROTASCINT	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
OCTREOSCAN	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE LEUCOCITOS AUTÓLOGOS		
INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE	T1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS PARA RADIOMARCADO DE AMINOÁCIDOS SINTÉTICOS		
AXUMIN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
FLUDEOXYGLUCOSE F-18	T3	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
GA 68 DOTATOC	T3	
INDICLOR	T3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN RENAL		
<i>indigotindisulfonate sodium</i>	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CONRAY	T3	
CONRAY-30	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CONRAY-43	T3	
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
GASTROGRAFIN (<i>md-gastroview</i>)	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Samsca)	T1	SP
VAPRISOL-5% DEXTROSE	T3	
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>acetazolamide sodium</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
<i>ethacrynate sodium</i> (Sodium Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
FUROSEMIDE-0.9% NAACL	T1	HD
SODIUM EDECRIN (<i>ethacrynate sodium</i>)	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
<i>mannitol</i>	T1	
<i>mannitol</i>	T3	
<i>mannitol</i> (Osmitrol)	T1	
OSMITROL (<i>mannitol</i>)	T3	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
JYNARQUE 30 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA 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/30 days) HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	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> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorothiazide sodium</i> (Sodium Diuril)	T1	HD
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
SODIUM DIURIL (<i>chlorothiazide sodium</i>)	T3	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spry</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
BROMSITE .075% EYE DROPS	T2	
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX 0.1% EYE DROPS	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
ILUVIEN	T3	SP
INVELTYS 1% EYE DROP	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T2	
LOTEMAX (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX SM 0.38% OPHTH GEL	T2	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
OZURDEX	T3	SP
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
TRIESENCE	T3	
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T1	
<i>balanced salt irrig soln no.2</i>	T3	
BSS PLUS	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altaflur Benox)	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altaflur Benox)	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
OMIDRIA	T3	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
AZOPT (<i>brinzolamide</i>)	T3	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S 0.25% DROPS	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carbachol</i>	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T2	HD
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
DURYSTA	T3	PA SP HD
IOPIDINE (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
MIOCHOL-E	T3	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	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> (Timoptic Ocadose)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i> (Isopto Atropine)	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
MIDRIÁTICOS		
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (<i>atropine sulfate</i>)	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
EYLEA	T3	PA SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
BEOVU	T3	PA SP
LUCENTIS	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
XIIDRA	T2	HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO OFTÁLMICO		
SYFOVRE	T3	PA SP HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIPO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T3	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
AMVISC	T3	SP
AMVISC PLUS	T3	SP
DISCOVISC	T3	
DUOVISC	T3	
HEALON (<i>biolon</i>)	T3	SP
HEALON5	T3	
<i>hyaluronate sodium</i> (Provisc)	T1	SP
PROVISC 10MG/ML DISP SYR	T3	SP
VISCOAT	T3	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
CELLUGEL	T3	
<i>hypromellose</i> (Cellugel)	T1	
MEMBRANEBLUE	T3	
VISIONBLUE	T3	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)

SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT 5000	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i> (Prevident 5000 Sensitive)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
AGENTES GENERADORES/CONTENEDORES DE BICARBONATO		
<i>sodium acetate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate</i>	T1	
<i>sodium bicarbonate in d5w</i>	T1	
FÁRMACOS USADOS PARA TRATAR LA ACIDOSIS		
THAM	T3	
SOLUCIONES IV: DEXTROSA Y SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA		
<i>dextrose 5%-lactated ringers</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES IV: DEXTROSA-SOLUCIÓN SALINA		
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 10 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 2.5 % and 0.45 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.3 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 % and 0.9 % nacl</i>	T1	
<i>dextrose 5 %-0.2 % sod chlorid</i>	T1	
<i>dextrose 5 %-0.45 % sod chlord</i>	T1	
<i>dextrose 10 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 20 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 25 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 30 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 40 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 5 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 5 % in water (Glucose In Water)</i>	T1	
<i>dextrose 50 % in water</i>	T1	
<i>dextrose 70 % in water</i>	T1	
GLUCOSE IN WATER (<i>dextrose in water</i>)	T1	
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES		
AMINOSYN	T3	
AMINOSYN II	T3	
AMINOSYN II WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN M	T3	
AMINOSYN WITH ELECTROLYTES	T3	
AMINOSYN-HBC	T3	
AMINOSYN-PF	T3	
AMINOSYN-RF	T3	
CLINIMIX	T3	
CLINIMIX E	T3	
CLINISOL	T3	
HEPATAMINE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES Y COMBINACIONES DE AMINOÁCIDOS PARENTERALES (cont.)		
KABIVEN	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.4</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.6</i>	T3	
<i>parenteral amino acid 10% no.7</i>	T3	
PERIKABIVEN	T3	
PLENAMINE	T3	
PROCALAMINE	T3	
PROSOL	T3	
TROPHAMINE	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
REPOSICIÓN DE CALCIO		
<i>calcium chloride</i>	T1	
CALCIUM GLU 2, 000MG/100ML-NACL	T3	
CALCIUM GLUC 1, 000MG/50ML-NACL	T1	
<i>calcium gluconate</i>	T1	
<i>calcium gluconate in 0.9% nacl (Calcium Gluconate-0.9% Nacl)</i>	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL	T1	
CALCIUM GLUCONATE-0.9% NACL (<i>calcium gluconate-0.9% nacl</i>)	T1	
CALCIUM GLUCONATE-D5W	T1	
MANTENIMIENTO DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
<i>electrolyte-48 solution/d5w</i>	T1	
FOSRENOL 1, 000 MG POWDER PACK	T2	
FOSRENOL 1, 000 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
IONOSOL B WITH DEXTROSE 5%	T3	
IONOSOL MB-DEXTROSE 5%	T3	
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	T3	
ISOLYTE S	T3	
<i>lanthanum carbonate (Fosrenol)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
LOKELMA	T2	
NORMOSOL-M AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R	T3	
NORMOSOL-R AND DEXTROSE	T3	
NORMOSOL-R PH 7.4	T3	
PHOSLYRA	T3	
PLASMA-LYTE 148	T3	
PLASMA-LYTE A PH 7.4	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sevelamer carbonate (Renvela)</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl (Renagel)</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
TPN ELECTROLYTES	T3	
TPN ELECTROLYTES II	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
IODOPEN	T3	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
FERAHEME	T3	PA
FERRLECIT (<i>sod ferric gluconate complex</i>)	T3	
INFED	T3	
INJECTAFER	T3	PA
<i>iron dextran complex (Infed)</i>	T3	
MONOFERRIC	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i> (Ferrlecit)	T1	
TRIFERIC	T3	
VENOFER	T3	
REPOSICIÓN DE SALES MAGNÉSICAS		
<i>magnesium chloride</i>	T1	
<i>magnesium sulfate</i>	T1	
<i>magnesium sulfate in water</i>	T1	
MAGNESIUM SULFATE-0.9% NAACL	T1	
MAGNESIUM SULFATE-D5W	T1	
MAGNESIUM-LACTATED RINGERS	T1	
REPOSICIÓN DE MINERALES, VARIOS		
ADDAMEL N	T3	
<i>chromic chloride</i>	T1	
<i>cupric chloride</i>	T1	
<i>manganese chloride</i>	T1	
<i>manganese sulfate</i>	T1	
MULTITRACE-4 CONC VIAL	T1	
<i>multitrace-4 vial</i>	T3	
MULTITRACE-4 VIAL	T1	
MULTITRACE-5	T1	
PEDITRACE	T3	
SELENIOS ACID	T1	
TRALEMENT	T3	
REPOSICIÓN DE FOSFATO		
GLYCOPHOS	T3	
<i>potassium phos, m-basic-d-basic</i>	T1	
POTASSIUM PHOSPHATE-0.9% NAACL	T1	
POTASSIUM PHOSPHATES	T3	
<i>sod phosphate, monobasic-dibas</i>	T1	
SODIUM PHOSPHATE-0.9% NAACL	T1	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
<i>potassium acetate</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride in d5w</i>	T1	
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	T1	
<i>potassium chloride in water</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.2%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.3%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.45nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride/d5-0.9%nacl</i>	T1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	T1	
POTASSIUM CHLORIDE-0.9% NACL	T1	
<i>potassium cl/lido/0.9 % nacl (Potassium Cl-lidocaine-ns)</i>	T1	
POTASSIUM CL-LIDOCAINE-NS (<i>potassium cl-lidocaine-ns</i>)	T1	
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>0.9 % sodium chloride</i>	T1	
KENDALL 0.9% NACL WITH CAP	T1	
<i>sodium chloride</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 0.9 % (flush)</i>	T1	
<i>sodium chloride 3 %</i>	T1	
<i>sodium chloride 5 %</i>	T1	
SWABFLUSH	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE ZINC		
<i>zinc chloride</i>	T1	
<i>zinc sulfate</i>	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
DELFLX WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DELFLX-2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL PD-2 W-2.5% DEXTROSE	T2	
DIANEAL PD-2 W-4.25% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 1.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 2.5% DEXTROSE	T3	
DIANEAL WITH 4.25% DEXTROSE	T3	
EXTRANEAL ICODextrin DIALYSIS	T3	
<i>perit. dialysis no.6-1.5 % dex</i> (Dianeal With 1.5% Dextrose)	T3	
<i>periton.dialysis 7-2.5 % dextr</i> (Dianeal With 2.5% Dextrose)	T3	
<i>periton.dialysis 8-4.25 % dext</i> (Dianeal With 4.25% Dextrose)	T3	
PHOXILLUM	T3	
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
LOVAZA (<i>triklo</i>)	T3	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONIACO		
AMMONUL (<i>sodium phenylacet-sod benzoate</i>)	T3	HD
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium benzoate/sod phenylacet</i> (Ammonul)	T1	HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
GLYCOPYRROLATE-WATER	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
BENTYL	T3	
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<i>dicyclomine hcl</i> (Bentyl)	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDIARREICOS (cont.)		
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i>	T1	
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO 235-0.25 MG VIAL	T3	PA
AKYNZEO 235-0.25 MG/20 ML VIAL	T3	PA
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ALOXI (<i>palonosetron hcl</i>)	T3	PA
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack (Emend)</i>	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i>	T1	QL (8 caps/28 days)
BARHEMSYS	T3	
BONJESTA	T3	
CINVANTI	T3	PA
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	
<i>dimenhydrinate</i>	T1	
<i>doxylamine succinate/vit b6 (Diclegis)</i>	T1	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	PA
EMEND 80 MG CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	T3	PA QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK (<i>aprepitant</i>)	T3	PA QL (12 caps/28 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
ONDANSETRON HCL-0.9% NACL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
ONDANSETRON HCL-D5W	T1	
<i>palonosetron hcl</i>	T1	PA
<i>palonosetron hcl (Aloxi)</i>	T1	PA
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine (Transderm-scop)</i>	T1	
SUSTOL	T3	PA
TIGAN	T3	
<i>TIGAN (trimethobenzamide hcl)</i>	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl (Tigan)</i>	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline (Pylera)</i>	T1	
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>atropine 0.25 mg/ml syringe</i>	T1	HD
<i>atropine 0.4 mg/ml vial</i>	T1	HD
ATROPINE 0.4 MG/ML VIAL	T3	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NAACL	T3	HD
<i>atropine 0.5 mg/5 ml abboject</i>	T1	HD
<i>atropine 1 mg/10 ml abboject</i>	T1	HD
<i>atropine 1 mg/10 ml syringe</i>	T1	HD
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T1	HD
ATROPINE 1 MG/2.5 ML SYRINGE	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<i>atropine 1 mg/ml vial</i>	T1	HD
ATROPINE 1 MG/ML VIAL	T3	HD
ATROPINE 2 MG/5 ML SYRINGE	T3	HD
<i>atropine 8 mg/20 ml vial</i>	T1	HD
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenohytro</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg odt</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg tab sl</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine 0.125 mg/ml drop</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulf 0.125 mg tab</i> (Levsin)	T1	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-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T3	HD
HYOSCYAMINE SULFATE 0.5 MG/ML	T3	HD
LEVVID (<i>symax-sr</i>)	T3	HD
LEVSIN	T3	HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</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 elixr</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohytro</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SALES BILIARES (cont.)		
CHOLBAM	T3	PA SP HD
URSO (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
<i>ursodiol</i> (Actigall)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
COLERÉTICOS		
KINEVAC	T3	
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
CANASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i>	T1	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i>	T1	HD
LIALDA (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i>	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i>	T1	HD
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OALIVA	T3	PA SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT₃		
<i>alosetron hcl</i>	T1	SP HD
EMULSIONES GRASAS IV		
CLINOLIPID	T3	
<i>fat emulsions</i> (Nutrilipid)	T3	
INTRALIPID	T3	
NUTRILIPID (<i>intralipid</i>)	T3	
OMEGAVEN	T3	
SMOFLIPID	T3	
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i> (Amitiza)	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>		
SUPREP	T2	PPACA
SUTAB	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL(2 CAPS/DAY) HD
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i>	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sodium</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T3	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T1	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T3	
GASTROINTESTINALES (Condiciones cutáneas)		
FACTOR DE CRECIMIENTO QUERATINOCÍTICO (KGF)		
KEPIVANCE	T3	SP
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T3	PA QL(2 TABS/DAY) SP
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR	T3	PA SP HD
ACTHREL	T3	SP
<i>cosyntropin</i>	T1	
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T3	PA
ANDRODERM	T3	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% (2.5G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROID (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
AVEED	T3	PA SP
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
TESTOPEL	T3	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Testosterone)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	
<i>desmopressin 0.01% spray</i>	T1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial</i>	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul</i>	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial</i>	T1	SP
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i>	T1	
NOCTIVA	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)		
STIMATE	T3	SP
<i>vasopressin in 0.9 % nacl</i>	T1	
VASOPRESSIN-0.9% NACL	T1	
VASOPRESSIN-D5W	T1	
VASOSTRICT	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T3	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol (Climara)</i>	T1	HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (8 PATCHES/21 DAYS) HD
<i>estradiol (Vivelle-dot)</i>	T1	QL (16 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	T1	HD
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
BETA 1	T3	
<i>betamethasone acetate, sod phos (Celestone)</i>	T1	
BSP 0820	T3	
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
<i>budesonide (Entocort Ec)</i>	T1	
CELESTONE (<i>betamethasone sod phos-acetate</i>)	T3	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
DEPO-MEDROL	T3	
<i>dexamethasone</i>	T1	
DEXAMETHASONE 10 MG/ML SYRING	T3	
<i>dexamethasone 10 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 100 mg/10 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 120 mg/30 ml vl</i>	T1	
<i>dexamethasone 20 mg/5 ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml syringe</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg/ml vial</i>	T1	
<i>dexamethasone in 0.9 % sod chl</i>	T1	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> (Solu-cortef)	T1	
KENALOG-10	T3	
KENALOG-40 (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	
KENALOG-80	T3	
LOCORT	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROLOAN II SUIK	T3	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone acetate</i> (Depo-medrol)	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i>	T1	
<i>methylprednisolone sod succ</i> (Solu-medrol)	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
P-CARE D80G	T1	
P-CARE K80	T1	
POD-CARE 100C	T1	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisona</i>	T1	
PRO-C-DURE 5	T3	
PRO-C-DURE 6	T3	
READYSHARP BETAMETHASONE	T1	
SOLU-CORTEF	T3	
SOLU-MEDROL	T3	
ZILRETTA	T3	PA
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS DEL CRECIMIENTO (cont.)		
SEROSTIM	T2	PA SP
SKYTROFA	T2	PA SP
ZORBTIVE	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 MONTH THERAPY)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T3	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T3	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (24 months of treatment/lifetime)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T2	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
SUPPRELIN LA	T3	PA SP HD
TRIPTODUR	T2	PA SP
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CARBOPROST TROMETHAMINE	T1	
CERVIDIL	T3	
HEMABATE	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
<i>oxytocin (Pitocin)</i>	T1	
OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	T1	
OXYTOCIN-D5W	T1	
OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	T1	
PITOCIN (<i>oxytocin</i>)	T3	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T2	HD
<i>hydroxyprogesterone 1.25 g/5ml</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone 100 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 200 mg capsule</i> (Prometrium)	T1	HD
<i>progesterone 500 mg/10 ml vial</i>	T1	SP HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	HD
HORMONAS DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA (RAAS)		
GIAPREZA	T3	SP
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
BYNFEZIA	T3	PA SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.05 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T2	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.1 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN 0.5 MG/ML AMPUL (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T3	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>yuvaferm</i>)	T3	QL (36 tabs/28 days) HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T3	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T3	PA SP
GONAL-F	T2	PA SP
GONAL-F RFF	T2	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T2	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T1	PA SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T1	SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T1	SP
NOVAREL	T2	PA SP
OVIDREL	T3	PA SP
PREGNYL	T2	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	PA
ENDOMETRIN	T2	
AGENTES PARA MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
<i>hydroxyprogesterone 1,250 mg/5 ml</i>	T1	PA
<i>hydroxyprogesterone 250 mg/ml vial</i> (Makena)	T1	PA
MAKENA	T3	PA
MAKENA (<i>hydroxyprogesterone caproate</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Varias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T2	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T3	HD
INMUNOSUPRESORES (Varios)		
INMUNOSUPRESOR-INHIBIDOR DE INTERFERÓN GAMMA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
GAMIFANT	T3	PA SP
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD19 (LINFOCITOS B)		
UPLIZNA	T3	PA SP
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA 200 MG/10 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA 400 MG/20 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA 80 MG/4 ML VIAL	T2	PA SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 130 MG/26 ML VIAL	T2	PA SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic)	T1	
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES - ANTICUERPOS MONOCLONALES QUE INHIBEN LA FUNCIÓN DEL LINFOCITO T		
SIMULECT	T2	SP
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
<i>azathioprine sodium</i>	T1	
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSP (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
CELLCEPT 500 MG VIAL (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T2	SP
<i>cyclosporine 100 mg capsule</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine 250 mg/5 ml ampul</i> (Sandimmune)	T1	SP
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUSUS XR	T3	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
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
<i>mycophenolate 200 mg/ml susp</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 250 mg capsule</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg tablet</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate 500 mg vial</i> (Cellcept)	T1	SP
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
NULOJIX	T3	SP
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF 5 MG/ML AMPULE	T2	SP
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	SP HD
<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	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL(1 UNIT/365 DAYS)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 SENSORS/30 DAYS)
DEXCOM	T3	
DEXCOM G4	T3	
DEXCOM G5	T3	
DEXCOM G5-G4 SENSOR	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
ENLITE	T3	
ENLITE GLUCOSE SENSOR	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL (2 SENSORS/21 DAYS)
FREESTYLE NAVIGATOR	T3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T3	
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER	T3	
GUARDIAN LINK 3	T3	
GUARDIAN REAL-TIME	T3	
GUARDIAN RT CHARGER	T3	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN RT SYSTEM	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T3	
HUMAPEN LUXURA HD	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T3	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T3	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	T2	
MINIMED 630G GUARDIAN START KT	T3	
MOBILE LANCETS	T2	
NOVOPEN ECHO	T3	
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	QL (6 boxes/30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
PARADIGM REAL-TIME	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
SEN-SERTER	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)

SOF-SENSOR	T2	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	

AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

BLUNT NEEDLE	T2	
ECLIPSE NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
HYPODERMIC NEEDLE	T2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE	T2	
NEEDLE	T2	
PHASEAL PROTECTOR	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	

JERINGAS Y ACCESORIOS

ASSURE ID INSULIN SAFETY	T2	
INSULIN SYRINGE	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T2	
MINIMED RESERVOIR	T3	
MONOJECT	T2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T2	
PARADIGM	T3	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T2	

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen</i>	T1	
<i>baclofen</i> (Gablofen)	T1	
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
GABLOFEN	T3	
GABLOFEN (<i>baclofen</i>)	T3	
LIORESAL INTRATHECAL	T3	
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
ROBAXIN	T3	
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
RYANODEX	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
SOMA (<i>vanadom</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		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTRES DHA	T3	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<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/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3 (Obtrex Dha)</i>	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits 15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)"		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml carpject</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>diazepam 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENE T-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ¹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>bupirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁱⁱ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet</i> (Paxil Cr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet</i> (Paxil)	T1	QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 12.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
PAXIL CR 25 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	QL (3 tabs/day) ST HD
PAXIL CR 37.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>venlafaxine hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet</i>	T1	QL (15 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (10 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (7 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ^{II} (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A (cont.)		
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
<i>clomipramine hcl</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 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</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>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)^{II}		
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl (Kapvay)</i>	T1	
<i>guanfacine hcl (Intuniv)</i>	T1	
INTUNIV (<i>guanfacine hcl er</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) ¹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl (Focalin)</i>	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl (Methylin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl (Ritalin)</i>	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)¹⁾ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST

TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
STRATTERA 10 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁾

ANTIPSI., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	

ANTIPSIÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate (Saphris)</i>	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL (1 TABS/CAPS/DAY)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine (Clozapine Odt)</i>	T1	
<i>clozapine (Clozaril)</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	

ANTIPSIÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)¹⁾ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
FANAPT 12 MG TABLET	T3	ST
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
GEODON	T3	
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	T3	QL (1 syringe/28 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	T3	QL (2 syringes/28 days)
INVEGA TRINZA	T3	QL (2 injectors/90 days)
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet (Latuda)</i>	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet (Latuda)</i>	T1	
<i>olanzapine</i>	T1	
<i>olanzapine (Zyprexa)</i>	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet (Invega)</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet (Invega)</i>	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet (Invega)</i>	T1	
PERSERIS	T3	QL (1 kit/28 days)
<i>quetiapine fumarate (Seroquel Xr)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate (Seroquel)</i>	T1	
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	ST
RISPERDAL CONSTA	T3	QL (4 syringes/28 days)
<i>risperidone</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ¹⁾ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
<i>ziprasidone mesylate</i> (Geodon)	T1	
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T2	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VIAL	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG VL KIT	T3	QL (4 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VIAL	T3	QL (2 vials/28 days)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG VL KIT	T3	QL (2 vials/28 days)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI	T3	
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 300 MG VL	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG SYR	T2	QL (2 injectors/30 days)
ABILIFY MAINTENA ER 400 MG VL	T2	
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ¹¹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS (cont.)		
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	T3	
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	T3	QL (2 syringes/30 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	T3	QL (2 syringes/30 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	T3	QL (2 syringes/30 days)
ARISTADA INITIO	T3	
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>droperidol</i>	T1	
HALDOL (<i>haloperidol lactate</i>)	T3	
HALDOL DECANOATE 100 (<i>haloperidol decanoate 100</i>)	T3	
HALDOL DECANOATE 50 (<i>haloperidol decanoate</i>)	T3	
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i>	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 100)	T1	
<i>haloperidol decanoate</i> (Haldol Decanoate 50)	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i> (Haldol)	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine decanoate</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ¹⁾ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SSRI-ANTIPIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (30PKTS/30 DAYS)
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL(18 MLS/DAY) SP HD
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
AMYTAL SODIUM	T3	
NEMBUTAL SODIUM (<i>pentobarbital sodium</i>)	T3	PA
<i>pentobarbital sodium</i> (Nembutal Sodium)	T1	PA
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>phenobarbital sodium</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T1	QL (1 tab/day)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>lorazepam</i>	T1	
LORAZEPAM-0.9% NACL	T1	
LORAZEPAM-D5W	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
DEXMEDETOMIDINE HCL	T1	
<i>dexmedetomidine hcl</i> (Precedex)	T1	
<i>dexmedetomidine in 0.9 % nacl</i> (Precedex)	T1	
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
PRECEDEX	T3	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
COSENTYX	T3	PA QL
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SILIQ	T3	PA QL (2 inj/15 days) SP HD
SOTYKTU	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
AC CUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
isotretinoin	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
<i>dapsone</i>	T1	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i>	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
<i>tazarotene</i>	T1	
OVACE PLUS	T3	
PROMISEB	T2	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
BIAFINE (<i>sonafine</i>)	T3	
<i>emollient combination no.10 (Biafine)</i>	T1	
<i>emollient combination no.35 (Mimyx)</i>	T1	
<i>emollient combination no.44</i>	T1	
<i>emollient combination no.60 (Restizan)</i>	T1	
<i>emollient combination no.60 (Restizan)</i>	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid (Atopiclair)</i>	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
<i>urea (Xurea)</i>	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
ACIOXIA	T3	
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>amcinonide</i>	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone (Ala-scalp)</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate (Dermatop)</i>	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T2	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Pramosone)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE	T3	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion (Ovide)</i>	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS (cont.)		
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i>	T1	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
AMPHADASE	T3	
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
VITRASE	T3	
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene (Plixda)</i>	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole (Tapazole)</i>	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
AGENTES DE DIAGNÓSTICO DE FUNCIÓN TIROIDEA		
THYROGEN	T3	SP
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
LEVOTHYROXINE	T3	PA HD
<i>levothyroxine sodium</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Triostat)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid, pork</i> (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T3	HD
THYROLAR-1/2	T3	HD
THYROLAR-1/4	T3	HD
THYROLAR-2	T3	HD
THYROLAR-3	T3	HD
TIROSINT	T3	PA HD
TIROSINT-SOL	T3	PA HD
TRIOSTAT (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (<i>nature-throid</i>)	T1	HD
WP THYROID (<i>westhroid</i>)	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

TYBOST	T3	SP
--------	----	----

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR

BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

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

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR (cont.)

TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL(3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL(3 TABS/DAY) HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDUCC. TRANSMEMB. (CFTR)

KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

SURFACTANTES PULMONARES

CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	

MUCOLÍTICOS

PULMOZYME	T3	PA SP HD
-----------	----	----------

FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

OFEV	T2	PA SP HD
------	----	----------

INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

ARALAST NP	T3	PA SP
GLASSIA	T3	PA SP
JOENJA	T3	PA QL SP
PROLASTIN C	T3	PA SP
VIJOICE 125mg, 50mg	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days) SP
ZEMAIRA	T3	PA SP
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

FACTORES ANTIPORFIRIA

PANHEMATIN	T3	SP
------------	----	----

AGENTES DE MADURACIÓN ERITROIDE

REBLOZYL	T3	PA SP
----------	----	-------

INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO

TAVALISSE	T3	PA SP
-----------	----	-------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2

<i>icatibant acetate</i>	T1	PA SP HD
--------------------------	----	----------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>amifostine crystalline</i> (Ethyol)	T1	SP
<i>dexrazoxane hcl</i> (Zinecard)	T1	SP
ETHYOL (<i>amifostine</i>)	T3	SP
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
KHAPZORY	T3	PA
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
<i>levoleucovorin calcium</i>	T1	PA
<i>mesna</i> (Mesnex)	T1	SP
MESNEX	T3	SP
MESNEX (<i>mesna</i>)	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
VORAXAZE	T3	PA SP
ZINECARD (<i>dexrazoxane</i>)	T3	SP
AGENTES ESCLEROSANTES DE ADMINISTRACIÓN INTRAPLEURAL, COADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS		
SCLEROSOL	T3	
STERILE TALC	T1	
STERITALC	T3	
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
LUTATHERA	T3	PA SP
METASTRON	T3	PA
QUADRAMET	T3	PA
<i>strontium-89 chloride</i> (Metastron)	T1	PA
XOFIGO	T3	PA
TRAT. PROTECTOR DEL TEJIDO DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA		
TOTECT	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
INHIB. DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO (IGF-R)		
TEPEZZA	T3	PA SP HD
AGENTES VASOCLUSIVOS OCULARES FOTOACTIVADOS		
VISUDYNE	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i>	T1	SP
PARSABIV	T3	PA SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T2	PA QL (3ML/21 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol 1 mcg capsule</i> (Zemplar)	T1	SP HD
PARICALCITOL 10 MCG/2 ML VIAL	T3	SP
PARICALCITOL 2MCG/ML VIAL	T3	SP
PARICALCITOL 5MCG/ML VIAL	T3	SP
<i>paricalcitol 10 mcg/2 ml vial</i> (Zemplar)	T1	SP
<i>paricalcitol 2 mcg capsule</i> (Zemplar)	T1	SP HD
PARICALCITOL 2 MCG/ML VIAL	T1	SP
<i>paricalcitol 2 mcg/ml vial</i> (Zemplar)	T1	SP
<i>paricalcitol 4 mcg capsule</i>	T1	SP HD
PARICALCITOL 5 MCG/ML VIAL	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D (cont.)		
<i>paricalcitol 5 mcg/ml vial (Zemplar)</i>	T1	SP
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
ZEMPLAR 10 MCG/2 ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP HD
ZEMPLAR 2 MCG/ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP
ZEMPLAR 5 MCG/ML VIAL (<i>paricalcitol</i>)	T3	SP
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
ANTÍDOTOS PARA INTOXICACIÓN CON ÁCIDOS Y ÁLCALIS		
<i>methylene blue (antidotes)</i>	T1	
PROVAYBLUE	T3	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide (Keveyis)</i>	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T3	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
ONPATTRO	T3	PA SP
TEGSEDI	T3	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram (Antabuse)</i>	T1	
VIVITROL	T3	SP HD
ANTÍDOTOS, VARIOS		
ACETADOTE (<i>acetylcysteine</i>)	T3	
<i>acetylcysteine (Acetadote)</i>	T1	
CETYLEV	T3	
CYANOKIT	T3	
DIGIFAB	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTÍDOTOS, VARIOS (cont.)		
<i>fomepizole</i>	T1	
SODIUM NITRITE	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule (Esbriet)</i>	T1	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE BENZODIAZEPINAS		
<i>flumazenil</i>	T1	
REACTIVACIÓN DE LA COLINESTERASA-ANTÍDOTO ANTAGONISTA MUSCARÍNICO		
DUODOTE	T3	
PRALIDOXIME CHLORIDE	T1	
PROTOPAM CHLORIDE	T3	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T3	
SOLUCIONES DILUYENTES		
<i>diluent for epoprostenol (glyc)</i>	T1	
DILUENT FOR REMODULIN	T3	
<i>diluent for treprostinil (gly) (Diluent For Remodulin)</i>	T1	
ELLIOTTS B	T3	
PH 12 DILUENT FOR FLOLAN	T3	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PORFIRIA HEPÁTICA AGUDA (AHP)		
GIVLAARI	T3	PA SP HD
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation (Hyper-sal)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
SPINRAZA	T3	PA SP HD
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - OMISIÓN DE EXON MEDIANTE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO		
AMONDYS-45	T3	PA SP
EXONDYS-51	T3	PA SP
VILTEPSO	T3	PA SP
VYONDYS-53	T3	PA SP
INTOXICACIÓN POR PLOMO, AGENTES PARA TRATAR (TIPO QUELANTES)		
CALCIUM DISODIUM VERSENATE	T1	PA
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ALFA-MANOSIDOSIS		
LAMZEDE	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
BRINEURA	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE FABRY		
FABRAZYME	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE GAUCHER		
CEREZYME	T3	PA SP HD
ELELYSO	T3	PA SP
VPRIV	T3	PA SP HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
LUMIZYME	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, MUCOPOLISACARIDOSIS		
ALDURAZYME	T3	PA SP HD
ELAPRASE	T2	PA SP
MEPSEVII	T3	PA SP
NAGLAZYME	T3	PA SP
VIMIZIM	T3	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DE ENZIMA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA		
KANUMA	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA		
ADAGEN	T3	PA SP
REVCovi	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
BAL IN OIL	T3	PA
CHEMET	T3	
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
<i>deferoxamine mesylate</i>	T1	
<i>deferoxamine mesylate</i> (Desferal Mesylate)	T1	
DESFERAL MESYLATE (<i>deferoxamine mesylate</i>)	T3	
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
NITHIODOTE	T3	
PENTETATE CALCIUM TRISODIUM	T1	
PENTETATE ZINC TRISODIUM	T1	
RADIOGARDASE	T3	
<i>sodium thiosulf</i> (<i>poison treat</i>)	T1	
<i>trientine hcl</i>	T1	PA SP HD
AGENTES VARIOS		
NEXAVIR	T3	SP
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T3	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>javygtor 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA (cont.)		
<i>javygtor 100 mg tablet (Kuvan)</i>	T1	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet (Kuvan)</i>	T1	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
TECHNELITE TC-99M GENERATOR	T3	
PREPARACIONES CON SODIO/SOLUCIÓN SALINA		
<i>bacteriostatic sodium chloride</i>	T1	
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	PA SP HD
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
HYLENEX	T3	SP HD
AGUA		
<i>water for inj., bacteriostatic</i>	T1	
<i>water for injection, sterile</i>	T1	
<i>water/me-paraben/propylparaben</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CYSTADANE	T3	SP
<i>levocarnitine (Carnitor Sf)</i>	T1	
<i>levocarnitine (Carnitor)</i>	T1	
<i>levocarnitine (with sugar) (Carnitor)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Paroductos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE FORMACIÓN ÓSEA - INHIBIDOR DE ESCLEROSTINA, ANTICUERPO MONOCLONAL		
EVENITY	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
EVENITY (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/month) SP
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (FOSAMAX)	T1	HD
ATELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA 150 MG TABLET (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
BONIVA 3 MG/3 ML SYRINGE (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	SP HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml syringe</i> (Boniva)	T1	SP HD
<i>ibandronate 3 mg/3 ml vial</i>	T1	SP HD
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> (Boniva)	T1	HD
<i>pamidronate disodium</i>	T1	SP HD
PROLIA	T3	PA SP HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
RECLAST (<i>zoledronic acid</i>)	T3	SP HD
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
XGEVA	T3	PA SP HD
ZOLEDRONIC ACID 4MG/100ML	T3	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i>	T1	SP HD
<i>zoledronic acid/mannitol-water</i> (Reclast)	T1	SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T3	HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA 120 MG VIAL	T3	PA SP
BENLYSTA 200 MG/ML AUTOINJECT	T3	PA SP HD
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE	T3	PA SP HD
BENLYSTA 400 MG VIAL	T3	PA SP
TRATAMIENTO DE CONTRACTURA ARTICULAR, ENZIMA COLAGENASA		
XIAFLEX	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
<i>balsam peru/castor oil</i> (Venelex)	T1	
BALSAM PERU-CASTOR OIL	T1	
DERMULCERA	T1	
VENELEX	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
PROBUPHINE	T3	
SUBLOCADE	T3	SP
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SOLUCIONES DE CONSERVACIÓN		
VIASPAN BELZER-UW	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

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

AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN

<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T1	HD
AVODART (<i>dutasteride</i>)	T3	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB

<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	HD

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

CYSTAGON	T2	SP
----------	----	----

ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVOS DE M (3)

<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

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

<i>megestrol acetate</i>	T1	
--------------------------	----	--

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VACUNAS (Vacunas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
FOLET ONE	T3	
INFUVITE ADULT	T3	
<i>multivit infusn, adult 1, vit k</i>	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
AQUASOL A	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
<i>vitamins b1, b2, b3, b5, and b6</i>	T1	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
<i>thiamine hcl</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
B-12 COMPLIANCE	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
PHYSICIANS EZ USE B-12	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T3	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule</i> (Rocaltrol)	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i> (Rocaltrol)	T1	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> (Drisdol)	T1	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
PHYTONADIONE	T1	
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T1	
<i>phytonadione (vit k1)</i> (Mephyton)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:¹⁰

- 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 medicamento necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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,¹¹ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² 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 medicamento necesarios.

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	79	adapalene/benzoyl peroxide.....	167
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	79	ADBRY.....	184
abacavir sulfate/lamivudine.....	79	ADCETRIS.....	72
ABELCET.....	54	ADDAMEL N.....	131
ABILIFY ASIMTUFII.....	163	ADDERALL.....	84
ABILIFY MAINTENA ER.....	163	adefovir dipivoxil.....	82
abiraterone.....	65	ADEMPAS.....	97
ABRAXANE.....	73	adenosine.....	93, 116
acamprostate calcium.....	178	ADRENALIN CHLORIDE.....	122
acarbose.....	57	ADREVIEW.....	116
ACCOLATE.....	36	adriamycin.....	62
ACCUTANE.....	167	ADRIAMYCIN.....	62
ACD-A.....	50	ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	117
ACD SOLUTION A.....	50	ADYPHREN.....	83
acebutolol.....	102	AEMCOLO.....	47
ACETADOTE.....	178	AFINITOR.....	68
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21	AFLURIA.....	88
acetamin-codein.....	20	AFLURIA QUAD.....	88
acetaminop-codeine.....	20	AGGRASTAT.....	77
acetaminophen.....	18, 19, 20, 21	AGRYLIN.....	78
ACETAMINOPHEN.....	18, 20	AIMOVIG.....	14, 18
acetazolamide.....	120	AIRDUO DIGIHALER.....	36
acetic acid.....	59, 122, 166	AJOVY.....	14, 18
acetic acid/oxyquinoline.....	59	AK-FLUOR.....	118
acetylcysteine.....	36, 178	AKOVAZ.....	97
ACIOXIA.....	170	AKTEN.....	124
acitretin.....	166	AKYNZEO.....	135
ACTEMRA.....	149	ALA-SCALP.....	170
ACTHAR.....	141	albendazole.....	60
ACTHIB.....	89, 90	ALBENZA.....	60
ACTHREL.....	141	albuterol.....	35, 36
ACTIGALL.....	137	albuterol sulf.....	35
ACTIMMUNE.....	74	albuterol sulfate.....	35, 36
ACTIQ.....	21	ALBUTEROL SULFATE HFA.....	35
ACTIVASE.....	92	ALCAINE.....	124
ACTIVELLA.....	143	alclometasone.....	170
ACTONEL.....	183	ALCOHOL, DEHYDRATED.....	107
ACTOPLUS MET.....	58	ALDACTAZIDE.....	121
ACTOS.....	58	ALDURAZYME.....	180
ACUVAIL.....	123	ALECENSA.....	70
acyclovir.....	81	alendronate.....	183
ADACEL TDAP.....	89	alfentanil.....	21
ADAGEN.....	181	ALFENTANIL.....	21
ADAKVEO.....	91	ALFERON N.....	74
ADALAT CC.....	94	alfuzosin.....	185
ADALIMUMAB-ADAZ.....	61	ALIMTA.....	65
adapalene.....	167, 173	ALINIA.....	75
		ALIQOPA.....	70

Índice de medicamentos

aliskiren	103	amphetamine	84, 85
ALKERAN	63	amphotericin b	54
allopurinol	32, 33	ampicillin	45, 46, 59
almotriptan	18	AMVISC	126
almotriptan malate	14	AMYTAL	165
ALORA	143	AMYVID	118
alose tron	139	ANADROL-50	141
ALOXI	135	anagrelide	78
alprazolam	155, 156	ANA-LEX	141
alprostadil	103	ANALPRAM HC	172
ALREX	123	ANAPROX DS	33
ALTABAX	170	anastrozole	67
ALTAFLUOR BENOX	124	ANCOBON	53
ALTUVIIO	36	ANDEXXA	92
ALTUVILLO	91	ANDRODERM	141
ALUNBRIG	70	ANDROGEL	141, 142
amantadine	76	ANDROID	142
AMARYL	57	ANGELIQ	144
AMBISOME	54	ANGIOMAX	52
ambrisentan	97, 98	ANJESO	33
amcinonide	171	ANNOVERA	113
AMICAR	90	ANORO ELLIPTA	36
AMIDATE	26	ANTABUSE	178
amifostine crystalline	176	anthralin	168
amikacin	39	ANTICOAG SODIUM CITRATE	50
amiloride	121	ANZEMET	135
aminocaproic acid	90	APADAZ	20
aminophylline	37	APOKYN	76
AMINOSYN	128	apraclonidine	124, 125
amiodarone	93	aprepitant	135
AMIODARONE HCL-D5W	93	APRETUDE	80
amitriptyline	159	APRISO	138
amitriptyline/chlordiazepoxide	159	APTIOM	109
AMJEVITA	61	APTIVUS	79
amlodipine	94, 95, 98, 100, 103, 104	AQUA GLYCOLIC HC	171
amlodipine-atorvast	103, 104	AQUASOL A	186
amlodipine besylate/benazepril	98	ARALAST NP	175
amlodipine besylate/valsartan	100	ARANESP	112
amlodipine-olmesartan	100	ARAVA	31
amlodipine/valsartan/hcthiazid	100	ARCALYST	183
AMMONIA N-13	116	ARGATROBAN	52
ammonium lactate	168	ARICEPT	84
AMMONUL	134	ARIDOL	118
AMNESTEEM	167	ARIKAYCE	39
AMONDYS-45	180	ARIMIDEX	67
amoxapine	159	aripiprazole	163
amoxicillin	45, 59	ARISTADA ER	164
AMPHADASE	173	ARISTADA INITIO	164

Índice de medicamentos

ARIXTRA.....	50	AVELOX.....	46
armodafinil.....	165	AVITENE.....	92
ARMOUR THYROID.....	173	AVODART.....	185
AROMASIN.....	67	AVONEX.....	107
ARRANON.....	65	AVONEX PEN.....	107
arsenic trioxide.....	73, 74	AVSOLA.....	61
ARSENIC TRIOXIDE.....	73	AVYCAZ.....	42
ARTHROTEC 50.....	33	AXUMIN.....	119
ARTHROTEC 75.....	33	AYGESTIN.....	147
ARTICADENT DENTAL.....	27	AYVAKIT.....	70
ARTISS.....	170	azacitidine.....	65, 67
ARYMO ER.....	21	AZACTAM.....	41
ARZERRA.....	63	AZASAN.....	150
ASCLERA.....	106	AZASITE.....	38
ASCOR.....	186	azathioprine.....	150
ascorbic acid.....	186	AZEDRA DOSIMETRIC.....	74
asenapine.....	161, 163	AZEDRA THERAPEUTIC.....	74
ASMANEX HFA.....	36	azelaic acid.....	170
ASMANEX TWISTHALER.....	36	azelastine.....	56, 122
ASPARLAS.....	73	AZILECT.....	76
aspirin/dipyridamole.....	77	azithromycin.....	44, 45
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	153	AZOPT.....	124
ASTAGRAF XL.....	150	aztreonam.....	41
ASTRINGYN.....	92	B	
ATABEX EC.....	154	B-12 COMPLIANCE.....	186
atazanavir.....	80	bacitracin.....	38, 40
ATELVIA.....	183	baclofen.....	153, 154
atenolol.....	102, 103	bacteriostatic.....	182
atomoxetine.....	161	BACTRIM.....	38
ATOPICLAIR.....	168	BACTROBAN NASAL.....	37
atorvastatin.....	104	BAFIERTAM.....	107
atovaquone.....	60	balanced salt irrig soln no.2.....	123
atovaquone/proguanil.....	60	BAL IN OIL.....	181
atracurium.....	86	balsalazide.....	138
ATROPEN.....	103	balsam peru/castor oil.....	184
atropine.....	125, 134, 136, 137	BALSAM PERU-CASTOR OIL.....	184
ATROPINE.....	125, 136, 137	BALVERSA.....	70
ATROPINE SULFATE.....	125, 136	BANZEL.....	109
ATROVENT HFA.....	35	BAQSIMI.....	127
AURYXIA.....	129	BARACLUDE.....	82
AUSTEDO.....	107	BARHEMSYS.....	135
AVANDIA.....	58	BASAGLAR KWIKPEN.....	59
AVAR 9.5.....	50	BAVENCIO.....	74
avar cleanser.....	50	BAXDELA.....	46
AVAR LS.....	50	BCG.....	73
AVASTIN.....	63	BELBUCA.....	21
AVC.....	59	BELEODAQ.....	63
AVEED.....	142	BELRAPZO.....	63

Índice de medicamentos

benazepril	98, 99, 100	BLENREP	72
benazepril/hydrochlorothiazide	99	bleomycin	62
bendamustine.....	64	BLEPH-10.....	38
BENDEKA.....	64	BLEPHAMIDE.....	38
BENLYSTA	184	BLINCYTO	72
benoxinate hcl/fluorescein sod	124	BLOXIVERZ.....	84
BENTYL.....	134	BLUNT NEEDLE	153
BENZAMYCIN	49	BONIVA.....	183
BENZEFOAM.....	169	BONJESTA.....	135
BENZEPRO.....	169	BOOSTRIX TDAP.....	89
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	20	BORTEZOMIB.....	70
BENZNIDAZOLE	60	bosentan	98
benzonatate	115	BOSULIF.....	70
benzoyl peroxide.....	49, 167, 169	BOTOX.....	86
benztropine mesylate	76	BRAFTOVI	67
BEOVU	126	bretylum tosylate.....	93
BERINERT.....	176	BREVIBLOC	102
BESIVANCE	38	BREVITAL.....	26
BESPONSA.....	69	BREZTRI AEROSPHERE	36
BETA 1	144	BRILINTA.....	78
BETADINE	123	brimonidine tartrate	124
betamethasone.....	54, 144, 171, 172, 173	BRINEURA	180
betamethasone acetate, sod phos	144	brinzolamide.....	124
BETASERON	107	BRIUMVI	108
betaxolol	102, 124	BRIVIACT	109
bethanechol.....	87	bromfenac sodium.....	123
BETOPTIC S	124	bromocriptine mesylate	76, 77
BEVYXXA.....	50	brompheniramine/pseudoephed/dm	115
bexarotene	62	BROMSITE	123
BEXSERO.....	88	BRONCHITOL	174
BEYAZ	113	BRUKINSA	70
BIAFINE.....	168	BRYHALI	171
bicalutamide	65	BSP 0820.....	144
BICILLIN C-R.....	45	BSS PLUS.....	123
BICILLIN L-A	45	budesonide	36, 141, 144
BICNU	64	BUFFERED LIDOCAINE.....	27
BIDIL.....	103	bumetanide	120
BIJUVA.....	143	BUNAVAIL.....	184
BIKTARVY	80	BUPHENYL	134
BILTRICIDE	60	bupivacaine.....	27, 29, 30
bimatoprost.....	124	BUPIVACAINE HCL.....	27
BINOSTO	183	BUPRENEX.....	22
BIONECT	170	buprenorphine.....	22, 184
BIORPHEN.....	97	bupropion	156
bisac/nacl/naHco3/kcl/peg 3350.....	139	buspirone	156
bisoprolol	102, 103	busulfan	64
bivalirudin	52	BUSULFEX	64
BIVALIRUDIN	52	butalb-acetamin-caff.....	18

Índice de medicamentos

butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14	captopril-hctz 25-15 mg tablet.....	99
butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14	captopril-hctz 25-25 mg tablet.....	99
butalb/acetaminophen/caffeine.....	14, 18	captopril-hctz 50-15 mg tablet.....	99
butalb-aspirin-caffe.....	18	captopril-hctz 50-25 mg tablet.....	99
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14	CARAFATE.....	136
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	26	carbachol.....	124
butalbital/acetaminophen.....	14, 18	CARBAGLU.....	178
butalbital-asa-caffeine cap.....	18	carbamazepine.....	109, 111
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14	CARBATROL.....	109
butorphanol.....	22	carbidopa.....	76, 77
BUTRANS.....	22	carbidopa/levodopa.....	76
BYDUREON.....	56	carbinoxamine.....	55
BYETTA.....	56	CARBOCAINE.....	27, 28
BYNFEZIA.....	147	carboplatin.....	64
C		CARBOPROST TROMETHAMINE.....	146
CABENUVA.....	78	CARDENE I.V.....	94
cabergoline.....	147	CARDIOPLEGIA DEL NIDO FORMULA.....	96
CABLIVI.....	90	CARDIOPLEGIA HIGH POTASSIUM.....	96
CABOMETYX.....	70	CARDIOPLEGIA IND.....	96
CADUET.....	104	CARDIOPLEGIA INDUCTION.....	96
CAFACIT.....	107	CARDIOPLEGIA MAINTENANCE.....	96
CAFERGOT.....	14, 18	CARDIOPLEGIA REPERFUSATE.....	96
CAFFEINE AND SODIUM BENZOATE.....	107	cardioplegic solution no.1.....	96
caffeine citrate.....	107	CARDIZEM LA.....	94
caffeine/sodium benzoate.....	107	CARDURA.....	99
CALAN SR.....	94	carisoprodol.....	26, 153, 154
calcipotriene.....	168, 173	carisoprodol/aspirin/codeine.....	26
CALCIPOTRIENE.....	168	carmustine.....	64
calcitonin, salmon, synthetic.....	149	CAROSPIR.....	121
calcitriol.....	168, 186, 187	carteolol.....	124
calcium acetate.....	129	carvedilol.....	99
calcium chloride.....	129	CASODEX.....	65
CALCIUM DISODIUM VERSENATE.....	180	caspofungin.....	54
calcium gluconate.....	129	CATAPRES.....	101
CALDOLOR.....	33	CATHFLO ACTIVASE.....	92
CALQUENCE.....	70	CAYA CONTOURED.....	115
CAMPTOSAR.....	68	CAYSTON.....	41
CAMZYOS.....	94	cefaclor.....	42
CANASA.....	138	cefadroxil.....	41
CANCIDAS.....	54	cefazolin.....	41
candesartan cilexetil.....	101	CEFAZOLIN.....	41
candesartan/hydrochlorothiazid.....	100	CEFAZOLIN SODIUM.....	41
CAPASTAT SULFATE.....	40	cefdinir.....	42
capecitabine.....	65, 67	cefditoren.....	42
CAPEX.....	171	cefepime.....	43
CAPLYTA.....	161	CEFEPIME-DEXTROSE.....	43
CAPRELSA.....	70	CEFEPIME HCL.....	42
captopril.....	99, 100	cefixime.....	42
		CEFOTAN.....	42

Índice de medicamentos

cefotaxime	42	CHOLETEC	116
cefotetan	42	choline salicyl/mag salicylate	14, 18
CEFOTETAN DEXTROSE	42	CHORIONIC GONAD	148
cefoxitin sodium	42	chromic chloride	131
cefoxitin sodium/dextrose, iso	42	CIBINQO	169
cefpodoxime	42	ciclodan	54
cefprozil	42	CICLODAN	54, 61
ceftazidime	42	ciclopirox	54, 55, 61
ceftriaxone	42	cidofovir	81
CEFTRIAZONE	42	cilostazol	78
ceftriaxone in is-osm dextrose	42	CIMDUO	79
cefuroxime	42	cimetidine	138
CELEBREX	34	CIMZIA	61
celecoxib	34	cinacalcet	177
CELESTONE	144	CINQAIR	36
CELLCEPT	150	CINRYZE	176
CELLUGEL	126	CINVANTI	135
CELONTIN	109	CIPRO	37, 46
CENTANY	49	CIPRODEX	37
cephalexin	41	ciprofloxacin	37, 46, 47
CEPROTIN	91	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	37
CEQUA	126	CIPRO HC	37
CEQR SIMPLICITY	151	cisatracurium	86
CERDELGA	179	CISPLATIN	64
CEREBYX	109	citalopram	156, 157
CERETEC	117	CITANEST FORTE DENTAL	28
CEREZYME	180	CITANEST PLAIN DENTAL	28
CERVIDIL	146	CITRANATAL 90 DHA	154
cetirizine	55	CITRANATAL ASSURE	154
CETROTIDE	146	CITRANATAL BLOOM	130
CETYLEV	178	CITRANATAL DHA	154
cevimeline	87	CITRANATAL HARMONY	154
CHEMET	181	CITRANATAL MEDLEY	186
CHENODAL	137	CITRANATAL RX	154
CHIRHOSTIM	119	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	50
chloramphenicol sod succinate	43	cladribine	66
chlordiazepoxide	134, 155, 159	CLAFORAN	42
chlordiazepoxide/clidinium br	134	CLARAVIS	167
chlorhexidine gluconate	177	CLARINEX-D	55
chlorprocaine	28, 29	clarithromycin	44
chloroquine ph	60	clemastine	55
chlorothiazide sodium	122	CLENPIQ	139
chlormpromazine	164	CLEOCIN	43, 49
chlorpropamide	57	CLEOCIN HCL	43
chlorthalidone	103, 122	CLEOCIN PEDIATRIC	43
chlorzoxazone	153	cleocin phos	43
CHOLBAM	138	CLEOCIN PHOS	43
cholestyramine	105	CLEVIPREX	94

Índice de medicamentos

CLIMARA.....	143	COREG.....	99
CLINDACIN ETZ KIT.....	49	coremino er.....	47
CLINDACIN PAC.....	49	CORIFACT.....	91
clindamycin.....	43, 48, 49, 167	CORLANOR.....	96
CLINDAMYCIN-0.9% NACL.....	43	CORLOPAM.....	102
CLINIMIX.....	128	CORTEF.....	144, 145
CLINISOL.....	128	CORTENEMA.....	141
CLINOLIPID.....	139	cortisone acetate.....	144
CLINPRO 5000.....	127	CORTISPORIN.....	37, 49
CLIN SINGLE USE.....	43	CORTISPORIN-TC.....	37
clobazam.....	108, 109	CORVERT.....	93
clobetasol.....	171, 172	COSENTYX.....	167
CLOCORTOLONE PIVALATE.....	171	COSMEGEN.....	62
clodan.....	171	cosyntropin.....	141
CLODAN.....	171	COTELLIC.....	68
CLODERM.....	171	CRESEMBA.....	53
clofarabine.....	66	CRINONE.....	147, 148
CLOLAR.....	66	cromolyn.....	31, 36, 124
clomiphene.....	148	crotamiton.....	75
clomipramine.....	159	CUBICIN.....	49
clonazepam.....	108, 109	cupric chloride.....	131
clonidine.....	18, 101, 102, 159	CUROSURF.....	175
clopidogrel.....	78	CUVPOSA.....	134
clorazepate dipotassium.....	155	cyanocobalamin.....	186
CLOROTEKAL.....	28	CYANOKIT.....	178
clotrimazole.....	53, 54	cyclobenzaprine.....	153, 154
clozapine.....	161	CYCLOGYL.....	125
CLOZAPINE ODT.....	161	CYCLOMYDRIL.....	125
COAGADEX.....	91	cyclopentolate.....	125
COARTEM.....	60	cyclophosphamide.....	64
codeine.....	20, 22, 26, 115, 116	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	64
colchicine.....	32, 35	cycloserine.....	40
COLCHICINE.....	32	CYCLOSERINE.....	40
COLCRYS.....	32	CYCLOSET.....	56
colesevelam.....	105	cyclosporine.....	150
COLESTID.....	105	CYKLOKAPRON.....	91
colestipol.....	105	CYLTEZO.....	61
colistin.....	46	cyproheptadine.....	55
COLY-MYCIN M PARENTERAL.....	46	CYRAMZA.....	68
COMBIGAN.....	124	CYSTADANE.....	182
COMBIPATCH.....	143	CYSTADROPS.....	126
COMBIVENT RESPIMAT.....	36	CYSTAGON.....	185
COMETRIQ.....	70	CYSTARAN.....	126
COMPAZINA.....	135	CYSTO-CONRAY II.....	120
COMPLERA.....	80	CYSTOGRAFIN.....	120
COMTAN.....	76	CYSVIEW.....	118
CONRAY.....	120	cytarabine.....	66
CONRAY-43.....	120	CYTOMEL.....	173
COPIKTRA.....	70		

Índice de medicamentos

CYTOTEC	136	DERMOTIC	122
CYTOVENE	81	DERMULCERA	184
D		DESCOVY	79
dacarbazine	73	DESFERAL MESYLATE	181
DACOGEN	66	desflurane	26
dactinomycin	62	desipramine	159
dalfampridine	108	desloratadine	55, 56
DALIRESP	37	desmopressin	142
DALVANCE	44	desog-e.estradiol/e.estradiol	113
danazol	147	desogestrel-ethinyl estradiol	113
DANTRIUM	153, 154	desonide	171
dantrolene	154	DESOWEN	171
dapsone	40, 167	desoximetasone	171, 172
DAPTACEL DTAP	89	desvenlafaxine succnt er	158
daptomycin	49	dexamethasone	37, 123, 144
DAPTOMYCIN	49	DEXAMETHASONE	144
DARAPRIM	60	DEXCOM	151
darifenacin er	185	DEXCOM G4	151
DARZALEX	65	DEXCOM G5	151
DATSCAN	118	DEXCOM G5-G4	151
daunorubicin	62	DEXCOM G6	151
DAURISMO	67	dexlansoprazole	140
DAXBIA	41	dexmedetomidine	166
DAYPRO	33	dexmedetomidine hcl	166
DAYTRANA	160	DEXMEDETOMIDINE HCL	166
DAYVIGO	166	dexmethylphenidate	160
decitabine	66	dexmethylphenidate er	160
deferasirox	181	dexrazoxane	176
deferiprone	181	dextroamp-amphet er	84
deferoxamine	181	dextroamphetamine	84, 85
DEFINITY	116	dextroamphetamine er	85
DEFITELIO	92	DIACOMIT	109
DEL FLEX	133	DIANEAL	133
DELSTRIGO	80	DIASTAT	108
demeclocycline	47	diatrizoate meglumine, sodium	120
DEMEROL	22	diazepam	108, 109, 155
DEM SER	101	diazoxide	127
DEPAKOTE	109	DIBENZYLINE	85
DEPEN	31	dichlorphenamide	178
DEPO-ESTRADIOL	143	DICLEGIS	135
DEPO-MEDROL	144	diclofenac	19, 33, 123, 167
DEPO-PROVERA	113, 147	dicloxacillin	45
DEPO-SUBQ PROVERA 104	113	dicyclomine	134
DEPO-TESTOSTERONE	142	DIFICID	44
DERMA-SMOOTHIE-FS	171	diflunisal	14, 18
DERMATOP	171	DIGIFAB	178
dermazene	172	digoxin	96
DERMAZENE	173	dihydroergotamine	14, 18

Índice de medicamentos

DILANTIN.....	110	DRISDOL.....	187
DILATRATE-SR.....	96	dronabinol.....	135
DILAUDID.....	22	droperidol.....	164
diltiazem.....	94, 95	drospir/eth estra/levomefol ca.....	113
DILTIAZEM HCL.....	95	DROXIA.....	91
diluent for epoprostenol.....	179	droxidopa.....	85
DILUENT FOR REMODULIN.....	179	DRYSOL.....	167
diluent for treprostinil.....	179	DUAVEE.....	144
dimenhydrinate.....	135	DUETACT.....	58
dimethyl fumarate.....	108	DULERA.....	36
dimethyl sulfoxide.....	179	duloxetine.....	158
diphenhydramine.....	55	DUODOTE.....	179
diphenoxylate hcl/atropine.....	134	DUOPA.....	76
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	90	DUOVISC.....	126
DIPRIVAN.....	26	DUPIXENT.....	149
DIPROLENE.....	171	DURACLON.....	18
dipyridamole.....	77, 78, 116	DURAGESIC.....	22
DISALCID.....	31	DUROLANE.....	31
DISCOVISC.....	126	DURYSTA.....	125
disulfiram.....	178	dutasteride.....	185
DIURIL.....	122	DYAZIDE.....	121
divalproex.....	109, 110	DYRENIUM.....	121
DIVIGEL.....	143	DYSPORT.....	86
DMSA.....	118	E	
dobutamine.....	96	ECLIPSE NEEDLE.....	153
DOCEFREZ.....	73	EC-NAPROSYN.....	33
docetaxel.....	73, 74	econazole.....	54
dofetilide.....	93, 94	ECOZA.....	54
DOJOLVI.....	126	EDURANT.....	79
donepezil.....	84	efavirenz.....	79, 80
DONNATAL.....	137	effer-k.....	132
dopamine hcl.....	85	EFFER-K.....	131
dopamine hcl in dextrose.....	85	EFFIENT.....	78
DOPRAM.....	107	EFUDEX.....	75
DOPTELET.....	113	ELAPRASE.....	180
DORAL.....	165	electrolyte-48 solution/d5w.....	129
dorzolamide.....	124, 125	ELELYSO.....	180
DOTAREM.....	117	ELESTRIN.....	143
DOVATO.....	78	eletriptan.....	18
doxapram.....	107	eletriptan hydrobromide.....	14
doxazosin.....	99	ELIDEL.....	150
doxepin.....	159, 166	ELIGARD.....	69
doxercalciferol.....	177	ELIMITE.....	75
DOXIL.....	62	ELIQUIS.....	50
doxorubicin.....	62	ELITEK.....	32
doxycycline.....	47, 177	ELLA.....	113
doxylamine succinate/vit b6.....	135	ELLENCEN.....	62
DRAXIMAGE DTPA.....	118	ELLIOTTS B.....	179

Índice de medicamentos

ELMIRON.....	26	epiphenone.....	121
EMCYT.....	74	EPOGEN.....	112
EMEND.....	135	epoprostenol.....	98, 179
EMFLAZA.....	144	eprosartan.....	101
EMGALITY.....	14, 18, 108	eptifibatide.....	78
emollient combination.....	168	EPTIFIBATIDE.....	78
Empaveli.....	91	EQUETRO.....	156
EMPLICITI.....	67	ERAXIS.....	54
EMSAM.....	156	ERBITUX.....	69
emtricitabine.....	79	ergocalciferol.....	187
emtricitabine-tenofv.....	79	ergoloid.....	103
EMTRIVA.....	79	ergotamine tartrate/caffeine.....	14, 18, 19
EMVERM.....	60	ERIVEDGE.....	67
enalapril.....	99, 100	erlotinib.....	70
enalaprilat.....	100	ertapenem.....	41
enalapril/hydrochlorothiazide.....	99	ERWINAZE.....	73
ENBREL.....	61	ERYPED.....	44
ENDO-AVITENE.....	92	ERY-TAB.....	44
ENDOMETRIN.....	148	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	44
ENGERIX-B ADULT.....	90	erythromycin.....	38, 44, 49
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	90	erythromycin base.....	38, 44, 49
ENHERTU.....	72	erythromycin/benzoyl peroxide.....	49
ENLITE.....	151	escitalopram.....	157
ENLITE GLUCOSE SENSOR.....	151	ESGIC.....	14
ENLITE SERTER.....	151	esmolol.....	102
enoxaparin.....	51, 52	ESMOLOL HCL-WATER.....	102
ENSPRYNG.....	149	esomeprazole.....	140
entacapone.....	76, 77	esomeprazole dr.....	140
entecavir.....	82	esomeprazole mag dr.....	140
ENTERO VU.....	118	estazolam.....	165
ENTOCORT EC.....	144	ESTRACE.....	143, 148
ENTRESTO.....	100	estradiol.....	113, 114, 115, 143, 144, 148
ENTYVIO.....	139	ESTRING.....	148
ENVARUSUS XR.....	150	ESTROGEL.....	143
ENZOCLEAR.....	169	estrogen, ester/me-testosterone.....	143
EOVIST.....	119	ESTROSTEP FE.....	113
EPANED.....	100	eszopiclone.....	166
EPCLUSA.....	82	ethacrynate sodium.....	120
ephedrine.....	97	ethambutol.....	40
EPHEDRINE.....	97	ETHAMOLIN.....	106
EPIDIOLEX.....	109	ethinyl estradiol/drospirenone.....	113, 114
EPIFOAM.....	172	ethosuximide.....	110, 112
epinastine.....	56	ethyl alcohol.....	107
epinephrine.....	27, 29, 30, 83, 85, 86, 122	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	114
EPINEPHRINE.....	27, 29, 30, 83, 86	ETHYOL.....	176
EPINEPHRINESNAP-EMS.....	83	etodolac.....	33, 34
EPINEPHRINESNAP-V.....	83	etomidate.....	26
epirubicin.....	62	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	113
EPIVIR HBV.....	82		

Índice de medicamentos

ETOPOPHOS.....	73	felbamate.....	110
etoposide.....	73	FELDENE.....	33
EUCRISA.....	170	felodipine.....	95
EUFLEXXA.....	31	FEMARA.....	67, 69
EURAX.....	75	FEMCAP.....	115
EVAMIST.....	143	FEMHRT.....	143
EVEKEO.....	85	FEMRING.....	148
EVENITY.....	183	fenofibrate.....	105, 106
everolimus.....	68, 150, 151	fenofibric.....	105, 106
EVERSENSE.....	151	fenopropfen calcium.....	33
EVICEL.....	92	FENSOLVI.....	146
EVISTA.....	183	fentanyl.....	21, 22, 23
EVKEEZA.....	104	FENTANYL.....	21, 22, 23
EVOCLIN.....	49	FENTORA.....	23
EVOMELA.....	64	FERAHEME.....	130
EVOTAZ.....	80	FERRIPROX.....	181
EVOXAC.....	87	FERRLECIT.....	130
EVRYSDI.....	180	FETROJA.....	43
EXELON.....	84	FETZIMA.....	158
exemestane.....	67	FEXMID.....	154
EXJADE.....	181	FIASP PENFILL.....	59
EXKIVITY.....	70	FIBRICOR.....	105
EXODERM.....	54	FIBRYGA.....	91
EXONDYS-51.....	180	FILTER NEEDLE.....	153
EXPAREL.....	28	finasteride.....	185
EXTRANEAL ICODEXTRIN DIALYSIS.....	133	FINTEPLA.....	110
EYLEA.....	126	FIORICET.....	14
EYSUVIS.....	123	FIORINAL.....	14, 18, 26
E-Z DISK.....	118	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	26
ezetimibe.....	103, 105, 106	FIRDAPSE.....	108
ezetimibe/simvastatin.....	103	FIRMAGON.....	70
EZ FLU.....	88	FIRVANQ.....	48
E-Z-HD.....	119	FLAGYL.....	39
E-Z-PAQUE.....	119	flavoxate.....	185
E-Z-PASTE.....	119	flecainide.....	93
F		FLOLAN.....	98, 179
FABRAZYME.....	180	FLOMAX.....	185
FACTIVE.....	47	floxuridine.....	66
famciclovir.....	81	FLUAD.....	88
famotidine.....	138	FLUAD QUAD.....	88
FANAPT.....	161, 162	FLUARIX QUAD.....	88
FARESTON.....	74	FLUBLOK.....	88, 89
FARXIGA.....	56	FLUCELVAX QUAD.....	89
FARYDAK.....	63	fluconazole.....	53
FASENRA.....	36	flucytosine.....	53
FASLODEX.....	74	fludarabine.....	66
fat emulsions.....	139	FLUDEOXYGLUCOSE F-18.....	120
febuxostat.....	33	fludrocortisone.....	146

Índice de medicamentos

FLULAVAL	89	fosphenytoin	109, 110
FLUMADINE	81	FOSRENOL	129
flumazenil	179	Fotivda	70
FLUMIST QUAD	89	FRAGMIN	51
flunisolide	122	FREESTYLE LIBRE	151, 152
fluocinolone acetone	122, 171, 172	FREESTYLE NAVIGATOR	152
fluocinolone/shower cap	171	frovatriptan	19
fluocinonide	171	ful-glo 1 mg ophth strip	118
fluorescein sodium	118	FUL-GLO EYE STRIPS	118
fluoride	127	FULPHILA	112
FLUORIDEX	127	fulvestrant	74
fluorometholone	123	FURADANTIN	45
FLUOROPLEX	75	furosemide	120
fluorouracil	66, 75	FUROSEMIDE	120
FLUOROURACIL	75	FUZEON	79
fluoxetine	157, 165	FYCOMPA	110
fluphenazine	164	G	
flurbiprofen	34, 123	GA 68 DOTATOC	120
flutamide	65	gabapentin	110
fluticasone	36, 122, 171	GABITRIL	110
fluticasone prop	122, 171	GABLOFEN	154
fluticasone propion/salmeterol	36	GADAVIST	118
fluvastatin	104	gadoterate meglumine	117
FLUVIRIN	89	GALAFOLD	181
fluvoxamine	157	galantamine	84
fluvoxamine er	157	galantamine er	84
FLUZONE HIGH-DOSE	89	GALZIN	181
FLUZONE INTRADERM QUAD	89	GAMIFANT	149
FLUZONE QUAD	89	ganciclovir	81
FOCALIN	160	ganirelix acet	146
FOLET ONE	186	GANIRELIX ACET	146
folic acid	186	GARDASIL 9	90
FOLLISTIM AQ	148	GASTROCROM	31
FOLOTYN	66	GASTROGRAFIN	120
fomepizole	179	GASTROMARK	119
fondaparinux	50, 51	gatifloxacin	38
formaldehyde	61	GATTEX	141
FORTAZ	42	GAVRETO	70
FORTEO	177	GAZYVA	63
FOSAMAX	183	GE333	152
FOSAMAX PLUS D	183	gefitinib	70
fosamprenavir calcium	80	gelatin sponge, absorb/porcine	92
fosaprepitant dimeglumine	135	GELFILM	124, 182
foscarnet	81	GELFOAM	92
FOSCAVIR	81	GELSYN-3	32
fosfomicin tromethamine	39, 40	gemcitabine	66
fosinopril	99, 101	GEMCITABINE	66
fosinopril/hydrochlorothiazide	99	gemfibrozil	105

Índice de medicamentos

GENERESS FE.....	114	GUARDIAN.....	152
GENOTROPIN.....	145	GYNAZOLE 1.....	53
gentamicin.....	38, 39, 49	H	
GENTAMICIN SULFATE IN NS.....	39	HADLIMA.....	61
GENVISC 850.....	32	HAEGARDA.....	176
GENVOYA.....	81	HALAVEN.....	68
GEODON.....	162	HALCION.....	165
GIAPREZA.....	147	HALDOL.....	164
GILOTRIF.....	70	halobetasol.....	171, 172
GIVLAARI.....	179	haloperidol.....	164
GLASSIA.....	175	HALUCORT.....	168
glatiramer.....	108	HARVONI.....	82
glatiramer acetate.....	108	HEALON.....	126
glatopa.....	108	HEALON5.....	126
GLEEVEC.....	70	HEMABATE.....	146
GLEOSTINE.....	64	HEMLIBRA.....	91
GLIADEL.....	64	heparin.....	51, 52
glimepiride.....	57, 58	HEPARIN SOD.....	51
glipizide.....	57, 58	HEPARIN SODIUM.....	52
GLUCAGEN.....	118	HEPATAMINE.....	128
glucagon.....	127	HEPLISAV-B.....	90
GLUCAGON.....	75, 118, 127, 141	HEPSERA.....	82
GLUCAGON HCL.....	118	HERCEPTIN.....	69
GLUCOCOM AUTOLINK.....	152	HERZUMA.....	69
GLUCOPHAGE XR.....	57	HETLIOZ.....	165
GLUCOSE IN WATER.....	128	HIBERIX.....	90
GLUCOTROL.....	57	HIPREX.....	39
glyburide.....	57, 58	HISTATROL.....	119
GLYCATE.....	134	HUMALOG.....	59, 152
glycine urologic solution.....	61	HUMAPEN LUXURA HD.....	152
GLYCOPHOS.....	131	HUMIRA.....	61, 62
glycopyrrolate.....	134	HUMULIN R U-500.....	59
GLYCOPYRROLATE-WATER.....	134	HYALGAN.....	32
GLYNASE.....	57	hyaluronate.....	126
GLYSET.....	57	HYCAMTIN.....	68
GLYXAMBI.....	57	HYCODAN.....	116
GONAL-F.....	148	hydralazine.....	102
GONAL-F RFF.....	148	HYDREA.....	64
GONAL-F RFF REDI-JECT.....	148	HYDRO 35.....	169
GORDON'S UREA.....	170	HYDRO 40.....	169
granisetron.....	135	hydrochlorothiazide.....	99, 100, 102, 103, 121, 122
GRANIX.....	112	hydrocodone.....	20, 23, 24, 26, 115, 116
GRASTEK.....	87	hydrocodone/acetaminophen.....	20
griseofulvin.....	54	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20
GRIS-PEG.....	54	HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	116
GUAIACOL.....	168	HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	116
guanfacine.....	102, 159	hydrocodone/ibuprofen.....	20
guanidine.....	87	hydrocortisone.....	122, 140, 141, 144, 145, 172, 173

Índice de medicamentos

hydrocortisone acetate	140	IMFINZI.....	74
hydrocortisone/acetic acid	122	imipenem/cilastatin sodium.....	41
hydrocortisone/lidocaine/aloe.....	141	imipramine	159
hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc).....	141	imiquimod	168
hydrogen peroxide.....	166	IMJUDO	74
hydromorphone.....	22, 23, 24	IMLYGIC	67
HYDROMORPHONE.....	23, 24	IMPAVIDO	60
HYDROMORPH-ROPIVA	24	IMURAN	150
hydroxocobalamin	186	IMVEXXY	147
hydroxychloroquine	60	INBRIJA.....	76
hydroxyprogesterone.....	148	INCRUSE ELLIPTA	35
hydroxyprogesterone.....	147, 148	indapamide.....	122
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	182	INDICLOR	120
hydroxyurea	64	indigotindisulfonate sodium.....	120
hydroxyzine.....	55	INDIUM IN-111 DTPA.....	117
HYFTOR.....	170	INDIUM IN-111 OXYQUINOLINE	119
HYLENEX	182	indocyanine green.....	116
HYMOVIS.....	32	indomethacin.....	34, 103
hyoscyamine.....	137	INFANRIX DTAP.....	90
HYOSCYAMINE SULFATE	137	INFASURF	175
HYPERRHO S-D	87	INFED.....	130
HYPER-SAL	179	INFLECTRA.....	62
HYPODERMIC NEEDLE	153	INFUGEM.....	66
hypromellose	126	INFUMORPH	24
HYPROMELLOSE.....	182	INFUVITE ADULT.....	186
HYRIMOZ.....	62	INFUVITE PEDIATRIC.....	186
HYSINGLA ER	24	INGREZZA	107
I		INJECTAFER	130
ibandronate.....	183	INLYTA	70
IBRANCE	62, 70	INNOPRAN XL.....	102
IBUDONE	20	INOVA	169
ibuprofen.....	20, 34, 103	INPEN	152
ibuprofen/oxycodone	20	INQOVI.....	66
ibutilide	93	INREBIC.....	70
icatibant acetate.....	175	INSPRA	121
ICLUSIG.....	70	INSULIN SYRINGE.....	153
icosapent.....	133	INTEGRILIN	78
IDAMYCIN PFS.....	62	INTRALIPID.....	139
idarubicin	62, 63	INTRAROSA	141
IDHIFA.....	72	INTUNIV.....	159
IFEX.....	64	INVANZ.....	41
ifosfamide	64	INVEGA ER.....	162
ILARIS	183	INVEGA SUSTENNA.....	162
ILEVRO.....	123	INVEGA TRINZA.....	162
ILUMYA.....	167	INVELTYS	123
ILUVIEN.....	123	INVIRASE.....	80
imatinib mesylate	70	iodine/potassium iodide	173
IMBRUVICA	70	iodine/sodium iodide	173

Índice de medicamentos

IODOFLEX	173	JANUMET	58
IODOPEN.....	130	JANUVIA.....	57
IODOSORB	173	JARDIANCE.....	56
IONOSOL B WITH DEXTROSE.....	129	javygtor	181, 182
IONOSOL MB-DEXTROSE	129	JEVтана.....	73
IOPIDINE	125	JOENJA	175
IPOL	87	JULUCA.....	78
ipratropium/albuterol sulfate.....	36	JYNARQUE.....	121
ipratropium bromide	35, 122	K	
irbesartan	100, 101	KABIVEN.....	129
irbesartan/hydrochlorothiazide	100	KADCYLA.....	72
IRESSA	70	KADIAN	24
irinotecan	68	KALBITOR	176
iron dextran complex.....	130	KALYDECO	175
ISENTRESS	80	KANJINTI	69
ISENTRESS HD	80	KANUMA	180
isoflurane	26	KCENTRA	91
ISOLYTE P WITH DEXTROSE	129	KEFLEX.....	41
ISOLYTE S.....	129	KENALOG-10.....	145
isomethept/dichlphn/acetaminop	19	KENALOG-40.....	145
isomethepten/caf/acetaminophen.....	19	KENALOG-80.....	145
isoniazid	40	KENDALL	132
isopropyl alcohol.....	182	KEPIVANCE	141
isoproterenol	86	KEPPRA	110
ISOPTO ATROPINE.....	125	KERAFOAM.....	169
ISOPTO CARPINE	125	keralyt.....	169
isosorbide.....	96	KERALYT	169
isosulfan blue	118	KERENDIA	121
isotretinoin.....	167	KESIMPTA PEN	108
ISOVUE-200	117	KETALAR.....	26, 27
ISOVUE-250	117	ketamine	27
ISOVUE-300	117	KETAMINE.....	27
ISOVUE-370	117	ketoconazole	53, 55
ISOVUE-M 200.....	117	ketoprofen.....	34
ISOVUE-M 300.....	117	ketorolac.....	19, 20, 123
isoxsuprine	103	KEVZARA.....	149
isradipine.....	95	KEYTRUDA.....	72
ISTODAX	63	KHAPZORY	176
ISTURISA	141	KINEVAC	138
ISUPREL	86	KINRIX	90
itraconazole.....	53	KISQALI.....	69, 70, 71
ivermectin	60, 75, 170	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	69
IXEMPRA	67	KITABIS PAK.....	39
J		KLARON.....	167
JADENU	181	KLONOPIN.....	109
JAKAFI.....	67	klor-con.....	132
JALYN	185	Kloxxado.....	52
JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	186	KORLYM	58

Índice de medicamentos

KOSELUGO.....	68	LEVOTHYROXINE.....	174
K-PHOS NO.2.....	133	LEVSIN.....	137
K-PHOS ORIGINAL.....	133	LEVULAN.....	75
KRINTAFEL.....	60	LEXISCAN.....	117
KRYSTEXXA.....	32	LEXIVA.....	80
K-TAB ER.....	132	LIALDA.....	138
KYLEENA.....	115	LIBTAYO.....	72
KYNAMRO.....	104	lidocaine.....	28, 29, 30, 31, 93, 118, 132, 141, 172
KYNMOBI.....	76	LIDOCAINE.....	27, 28, 29, 132, 141
KYPROLIS.....	71	LIDODERM.....	31
L		LILETTA.....	115
LACRISERT.....	122	LINCOCIN.....	43
lactulose.....	134, 139	lincomycin.....	43
lamivudine.....	79, 80, 82, 83	lindane.....	172
lamivudine/zidovudine.....	79	linezolid.....	45
lamotrigine.....	110	LINZESS.....	139
LAMPIT.....	60	LIORESAL INTRATHECAL.....	154
LAMZEDE.....	180	liothyronine.....	173, 174
LANOXIN.....	96	LIPIODOL.....	118
lansoprazole/amoxiciln/clarith.....	136	LIPOFEN.....	105
lansoprazole dr.....	140	LIQUID E-Z PAQUE.....	119
lansoprazole odt.....	140	LIQUID POLIBAR PLUS.....	119
lanthanum.....	129	lisinopril.....	99, 101
lapatinib ditosylate.....	71	lisinopril/hydrochlorothiazide.....	99
latanoprost.....	125	lissamine green.....	118
LAZANDA.....	24	lithium.....	156
leflunomide.....	31	LITHOSTAT.....	134
LEMTRADA.....	108	LIVTENCITY.....	81
lenalidomide.....	69	l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	114
LENVIMA.....	71	LOCORT.....	145
LETAIRIS.....	98	LODINE.....	34
letrozole.....	67	LOESTRIN.....	114
leucovorin calcium.....	176	LOKELMA.....	130
LEUKERAN.....	64	LO LOESTRIN FE.....	114
LEUKINE.....	112	LOMOTIL.....	134
leuprolide.....	69	LONHALA MAGNAIR REFILL.....	35
LEUPROLIDE DEPOT.....	69	LONHALA MAGNAIR STARTER.....	35
levabuterol.....	35	LONSURF.....	66
LEVBID.....	137	loperamide.....	134
levetiracetam.....	110	LOPID.....	105
levobunolol.....	125	lopinavir/ritonavir.....	80
levocarnitine.....	182	LOPROX.....	55
levocetirizine.....	56	lorazepam.....	155, 165
levofloxacin.....	38, 47	LORAZEPAM.....	165
levoleucovorin calcium.....	176	LORBRENA.....	71
levonorgestrel/ethin.estradiol.....	114	LORTAB.....	20
LEVOPHED.....	86	losartan/hydrochlorothiazide.....	100
levothyroxine.....	174	losartan potassium.....	101

Índice de medicamentos

LOSEASONIQUE.....	114	MARGENZA.....	69
LOTEMAX.....	123	MARPLAN.....	156
loteprednol.....	123	MARQIBO.....	69
lovastatin.....	104	MATULANE.....	73
LOVAZA.....	133	MAVENCLAD.....	108
LOVENOX.....	52	MAXIPIME.....	43
loxapine.....	164	MAXZIDE.....	121
lubiprostone.....	139	MAYZENT.....	108
LUCEMYRA.....	184	meclofenamate sodium.....	34
LUCENTIS.....	126	MEDIHONEY.....	170
LULICONAZOLE.....	55	MEDROL.....	144, 145
LUMAKRAS.....	67	MEDROLOAN II SUIK.....	145
LUMASON.....	118	medroxyprogesterone.....	113, 147
LUMIZYME.....	180	mefenamic.....	20
LUMOXITI.....	72	mefloquine.....	60
LUMRYZ.....	165	megestrol.....	74, 185
LUNSUMIO.....	63	MEKINIST.....	68
LUPANETA PACK.....	146	MEKTOVI.....	68
LUPRON DEPOT.....	69, 146	meloxicam.....	34
lurasidone.....	162	melphalan.....	63, 64
LUTATHERA.....	176	memantine.....	106
LUXIQ.....	172	MEMBRANEBLUE.....	126
LYMPHAZURIN.....	118	MENACTRA.....	88
LYNPARZA.....	71	MENEST.....	143
LYRICA.....	110	MENOPUR.....	148
LYSODREN.....	73	MENOSTAR.....	143
LYSTEDA.....	91	MENQUADFI.....	88
LYTGObI.....	71	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	88
LYUMJEV.....	59	meperidine.....	24
M		MEPHYTON.....	187
MACROBID.....	45	mepivacaine.....	29
MACRODANTIN.....	45	meprobamate.....	156
mafenide acetate.....	50	MEPSEVII.....	180
MAGELLAN.....	153	mercaptopurine.....	66
magnesium chloride.....	131	meropenem.....	41
MAGNESIUM-LACTATED RINGERS.....	131	MEROPENEM-0.9% NAcl.....	41
magnesium sulfate.....	131	MERREM.....	41
MAGNESIUM SULFATE.....	131	mesalamine.....	138
magnesium sulfate in water.....	131	mesna.....	176
MAGNEVIST.....	117	MESNEX.....	176
MAKENA.....	148	MESTINON.....	84
MALARONE.....	60	metaproterenol sulfate.....	35
malathion.....	172	METASTRON.....	176
manganese.....	131	metaxalone.....	154
manganese chloride.....	131	metformin.....	57, 58
mannitol.....	121, 183	methadone.....	24
maprotiline.....	159	METHADONE HCL.....	24
MARCAINE.....	29	methamphetamine.....	85

Índice de medicamentos

methazolamide.....	120	MIMYX.....	168
methenamine.....	39, 40	MINASTRIN 24 FE.....	114
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy.....	40	MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER.....	152
methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	40	MINIMED 630G GUARDIAN START KT.....	152
methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	39	MINIMED RESERVOIR.....	153
methimazole.....	173	MINIPRESS.....	99
METHITEST.....	142	MINITRAN.....	96
meth/meblue/sod phos/psal/hyos.....	39	MINIVELLE.....	143
methocarbamol.....	154	MINOCIN.....	47
METHOHEXITAL.....	27	minocycline.....	47, 48
methotrexate.....	66	minocycline er.....	47
methoxsalen.....	167	minoxidil.....	102
methscopolamine.....	137	MIOCHOL-E.....	125
methyl dopa.....	102	MIRAPEX ER.....	76
methyl dopate.....	102	MIRCERA.....	112
methylene blue.....	178	MIRCETTE.....	114
methylergonovine.....	146	MIRENA.....	115
METHYLIN.....	160	mirtazapine.....	155
methylphenidate.....	160, 161	misoprostol.....	33, 136
methylphenidate er.....	160	MITIGARE.....	32
methylprednisolone.....	145	MITIGO.....	24
methyl salicylate.....	168	mitomycin.....	63
methyltestosterone.....	142	MITOSOL.....	126
metoclopramide.....	139	mitoxantrone.....	73
metolazone.....	122	MIVACRON.....	86
METOPIRON.....	119	M-M-R II VACCINE.....	90
metoprolol.....	102, 103	MOBIC.....	34
metronidazole.....	39, 48, 170	MOBILE LANCETS.....	152
metyrosine.....	101	modafinil.....	165
mexiletine.....	93	MODERNA COVID-19 VACCINE.....	186
MEZPAROX-HC.....	172	moexipril.....	101
MIACALCIN.....	149	molindone.....	164
micafungin.....	54	MOLNUPIRAVIR.....	83
miconazole.....	53	mometasone furoate.....	122, 172
MICRHOGAM.....	87	MONJUVI.....	67
MICROGESTIN 24 FE.....	114	MONOFERRIC.....	130
midazolam.....	27	MONOJECT.....	153
MIDAZOLAM.....	27	MONOJECT BLOOD COLLECTION.....	153
MIDAZOLAM HCL.....	27	MONOVISC.....	32
midodrine.....	85	MONSEL'S.....	92
MIFEPREX.....	178	montelukast sodium.....	36
mifepristone.....	178	MONUROL.....	40
miglitol.....	57	MORPHABOND ER.....	24
miglustat.....	179	morphine.....	24, 25
millipred.....	145	MORPHINE.....	24, 25
MILLIPRED.....	145	MOTOFEN.....	134
milrinone lactate.....	96	MOVANTIK.....	52
milrinone lactate/d5w.....	96	MOXATAG.....	45

Índice de medicamentos

MOXEZA	38	naproxen	19, 33, 34
moxifloxacin.....	38, 46, 47	naratriptan	19
MOXIFLOXACIN	38, 47	NARCAN	53
MOXIFLOXACIN HCL-BSS	38	NAROPIN	29
MOXIFLOXACIN HCL-NACL.....	38	NATACYN	53
MOZOBIL	113	nateglinide.....	57
MS CONTIN.....	25	NATROBA.....	75
MULPLETA.....	113	NAVELBINE.....	69
MULTIHANCE.....	117	NAYZILAM.....	109
multitrace.....	131	NEBUPENT.....	60
MULTITRACE.....	131	nebusal.....	179
multivit infusn, adult 1, vit k	186	NEBUSAL.....	179
mupirocin.....	49	NEEDLE.....	153
MURI-LUBE MINERAL OIL.....	182	nefazodone	158
MUTAMYCIN.....	63	NEMBUTAL.....	165
MVASI.....	63	neomycin	37, 38, 39, 166
M.V.I. PEDIATRIC.....	186	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	37
mvn no.53/iron/folic/dss/dha	186	neomycin/polymyxin b/dexametha	37
MYALEPT	149	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	37
MYAMBUTOL.....	40	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	38
MYCAMINE.....	54	neomycin sulf/bacitracin/poly	38
mycophenolate	150	NEOPROFEN	103
MYDRIACYL.....	125	neostigmine methylsulfate	84
Myfembree.....	146	NEOSTIGMINE METHYLSULFATE.....	84
MYFORTIC	150	NEOSTIGMINE-STERILE WATER.....	84
MYLERAN.....	64	NEO-SYNALAR.....	49
MYLOTARG	69	NERLYNX	71
MYOBLOC	86	NESACAINE.....	29
MYORISAN	167	NETSPOT.....	118
MYOVIEW.....	116	NEULASTA	112
MYTESI	134	NEULUMEX.....	119
N		NEUPOGEN.....	112
nabumetone	34	NEUPRO.....	76
nadolol	102, 103	NEURONTIN.....	110
nafcillin.....	46, 59	nevirapine	79
nafcillin in dextrose, iso-osm	46	NEXAVAR.....	71
naftifine.....	55	NEXAVIR.....	181
NAFTIN	55	NEXIUM DR	140
NAGLAZYME	180	NEXPLANON.....	113
nalbuphine.....	25	NEXTERONE.....	93
NALFON.....	34	niacin.....	105
NALOCET	20	NIASPAN.....	105
naloxone.....	25, 53, 184	NICARDIPIN	95
NALOXONE	53	nicardipine	94, 95
naltrexone	53	NICARDIPINE	95
NAMENDA.....	106	nifedipine.....	94, 95
NAMZARIC	106	nilutamide.....	65
NAPROSYN TABLET	34	NIMBEX	86

Índice de medicamentos

nimodipine.....	95	NULEV.....	137
NINLARO.....	71	NULIBRY.....	180
NIPENT.....	66	NULOJIX.....	151
nisoldipine er.....	95	NULYTELY.....	139
nitazoxanide.....	75	NUMOISYN.....	177
NITHIODOLE.....	181	NUPLAZID.....	156
nitisinone.....	179	NURTEC ODT.....	19
NITRO-DUR.....	96	NUTRILIPID.....	139
nitrofurantoin.....	45	NUVARING.....	113
nitroglycerin.....	97	NUVESSA.....	48
NITROLINGUAL.....	97	NUZYRA.....	48
NITROMIST.....	97	NYMALIZE.....	95
NITROPRESS.....	101	nystatin.....	54, 55
nitroprusside.....	101	nystatin/triamcinolone acet.....	55
NITROSTAT.....	97	NYVEPRIA.....	112
NITYR.....	179	O	
NIVESTYM.....	112	OBREDON.....	116
NOCTIVA.....	142	OBSTETRIX EC.....	154
NORCO.....	20	OBSTETRIX ONE.....	186
NORDITROPIN FLEXPRO.....	145	OBTREX DHA.....	154
norelgestromin/ethin.estradiol.....	115	OCALIVA.....	138
norepinephrine.....	86	OCREVUS.....	108
NOREPINEPHRINE BITAR.....	86	OCTREOSCAN.....	119
NOREPINEPHRINE BITARTRATE.....	86	octreotide.....	147
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	114	ODACTRA.....	87
norethind-eth estrad.....	114, 144	ODEFSEY.....	80
norethindrone.....	114, 143, 144, 147	ODOMZO.....	67
norethin-ee.....	114	OFEV.....	175
norethin-eth estrad.....	144	OFIRMEV.....	18
norgestimate-ethinyl estradiol.....	114	ofloxacin.....	37, 38, 47
norgestrel-ethinyl estradiol.....	114	OGIVRI.....	69
NORLIQVA ORAL SOLN.....	95	olanzapine.....	162, 163, 165
NORMOSOL-M AND DEXTROSE.....	130	OLINVYK.....	25
NORMOSOL-R.....	130	olmesartan/amlodipin/hcthiazid.....	100
NORPACE.....	93	olmesartan-hctz.....	100
NORTHERA.....	85	olmesartan medoxomil.....	101
nortriptyline.....	159	olopatadine.....	56, 122
NORVASC.....	95	OLUMIANT.....	33
NORVIR.....	80	omega-3 acid ethyl esters.....	133
NOURIANZ.....	76	OMEGAVEN.....	139
NOVAREL.....	148	omeppi.....	140
NOVOPEN ECHO.....	152	omeprazole-bicarb.....	140
NPLATE.....	113	omeprazole dr.....	140
NUBEQA.....	65	OMIDRIA.....	124
NUCALA.....	36	OMISIRGE.....	93
NUCORT.....	172	OMNIPAQUE.....	117
NUCYNTA.....	25	OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT.....	152
NUDEXTA.....	107	OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS.....	152
		OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) KIT.....	152

Índice de medicamentos

OMNIPOD CLASSIC (GEN 3 & 4) PODS	152	OTREXUP	31
OMNIPOD DASH.....	152	OVACE PLUS	168
OMNIPRED	123	OVIDE	172
OMNISCAN.....	117	OVIDREL	148
ONCASPAR.....	73	oxacillin	46
ondansetron.....	135	oxacillin in dextrose	46
ONDANSETRON	135, 136	oxaliplatin	64
ONETOUCH	152	oxandrolone	142
ONFI.....	109	oxaprozin.....	33, 34
ONIVYDE	68	OXAYDO.....	25
ONPATTRO	178	oxazepam.....	155
ONTRUZANT	69	OXBRYTA	91
ONUREG	67	oxcarbazepine	110
OPANA.....	25	OXERVATE.....	126
OPDIVO.....	72	OXSORALEN-ULTRA	167
opium.....	25, 135	OXTELLAR XR	110
OPSUMIT	98	oxybutynin.....	185
OPTIMARK.....	117	oxycodone.....	20, 21, 25
OPTIRAY 240	117	oxycodone hcl/acetaminophen	20
OPTIRAY 300	117	OXYCODONE HCL ER	25
OPTIRAY 320	117	oxymorphone	25
OPTIRAY 350	117	oxytocin.....	146
OPTISON.....	117	OXYTOCIN-D5-LACTATED RINGERS	146
ORABLOC.....	29	OXYTOCIN-D5W.....	146
ORACIT	133	OXYTOCIN-LACTATED RINGERS	146
ORALAIR.....	87	OZEMPIC	56
ORAMAGICRX.....	177	OZURDEX.....	123
ORAPRED ODT	145	P	
ORAVIG.....	53	pacerone.....	93, 94
ORBACTIV	44	paclitaxel.....	73
ORENCIA.....	32	PACNEX.....	169
ORENITRAM ER	98	PADCEV	72
ORFADIN.....	179	PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	31
ORIAHNN.....	146	paliperidone er.....	162
ORILISSA.....	146	palonosetron.....	135, 136
ORKAMBI.....	174	PALYNZIQ.....	87
ORLADEYO.....	176	pamidronate	183
orphenadrine	154	PANCREAZE	140
ORTHO MICRONOR.....	114	pancuronium	86
ORTHOVISC.....	32	PANHEMATIN	175
oseltamivir	81, 82	PANRETIN	75
oseltamivir phos	81	pantoprazole.....	140
OSMITROL	121	papaverine	103
OSMOLEX ER.....	77	PARADIGM	152, 153
OSPHENA	178	PARADIGM REAL-TIME.....	152
OTEZLA	31	PARAGARD T 380-A	115
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK.....	31	paregoric	135
OTOVEL.....	37	PAREMYD	125

Índice de medicamentos

parenteral amino acid.....	129	permethrin.....	75
paricalcitol.....	177, 178	perphenazine.....	159, 164
PARICALCITOL.....	177	perphenazine/amitriptyline.....	159
PARLODEL.....	77	PERSERIS.....	162
paromomycin.....	60	PFIZER COVID-19 VACCINE.....	186
paroxetine.....	157, 180	PH 12 DILUENT FOR FLOLAN.....	179
paroxetine cr.....	157	PHARMABASE BARRIER.....	170
paroxetine er.....	157	PHASEAL PROTECTOR.....	153
PARSABIV.....	177	phenazopyridine.....	31
PASER.....	40	phenelzine.....	156
PATANASE.....	122	PHENERGAN.....	55
PAXIL.....	157	phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	137
PAXLOVID.....	83	phenobarbital.....	137, 165
P-CARE D80G.....	145	phenobarbital-belladonna elixr.....	137
P-CARE K80.....	145	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	137
PCE.....	44	phenoxybenzamine.....	85
PEDIARIX.....	90	phentolamine.....	85
PEDITRACE.....	131	phenylephrine.....	55, 97, 124
PEDVAXHIB.....	90	PHENYLEPHRINE HCL.....	97
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	139	phenylephrine hcl/prometh hcl.....	55
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	139	PHENYTEK.....	111
PEGANONE.....	111	phenytoin.....	110, 111
PEGASYS.....	83	PHESGO.....	69
PEGINTRON.....	83	PHOSLYRA.....	130
PEMAZYRE.....	71	PHOSPHOLINE IODIDE.....	125
penicillamine.....	31	PHOTOFRIN.....	74
PENICILLIN GK-ISO-OSM DEXTROSE.....	46	PHOXILLUM.....	133
penicillin g potassium.....	46	PHYSICIANS EZ USE B-12.....	186
penicillin g procaine.....	46	PHYSIOLYTE.....	166
penicillin g sodium.....	46	PHYSIOSOL.....	166
penicillin v potassium.....	46	physostigmine salicylate.....	84
PENTACEL.....	90	phytonadione.....	187
PENTAM 300.....	60	PHYTONADIONE.....	187
pentamidine.....	60	PICATO.....	75
pentazocine hcl/naloxone hcl.....	25	PIFELTRO.....	79
PENTETATE CALCIUM TRISODIUM.....	181	pilocarpine.....	87, 125
PENTETATE ZINC TRISODIUM.....	181	pimecrolimus.....	150
pentobarbital.....	165	pimozide.....	161
pentoxifylline.....	92	pindolol.....	102
PEPAXTO.....	64	pioglitazone hcl.....	58
PERCOCET.....	20	pioglitazone hcl/glimepiride.....	58
PERIDEX.....	177	pioglitazone hcl/metformin hcl.....	58
PERIKABIVEN.....	129	piperacillin sodium/tazobactam.....	46
perindopril erbumine.....	101	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM.....	46
perit. dialysis no.6.....	133	PIQRAY.....	71
periton.dialysis 7.....	133	pirfenidone.....	179
periton.dialysis 8.....	133	piroxicam.....	33, 34
PERJETA.....	69	PITOCIN.....	146

Índice de medicamentos

PLAQUENIL.....	60	prazosin.....	99, 100
PLASMA-LYTE.....	130	PR BENZOYL PEROXIDE.....	169
PLASMA-LYTE 148.....	130	PRECEDEX.....	166
PLAVIX.....	78	PRECOSE.....	57
PLEGISOL.....	96	prednicarbate.....	171, 172
PLEGRIDY.....	108	prednisolone.....	38, 123, 145
PLENAMINE.....	129	prednisone.....	145
PLIXDA.....	173	PREFEST.....	144
PNEUMOVAX 23.....	88	pregabalin.....	110, 111
pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	154	PREGNYL.....	148
pnv 66/iron/folic/docusate/dha.....	155	PREMARIN.....	144, 148
pnv 69/iron/folic/docusate/dha.....	155	PREMPHASE.....	144
pnv 80/iron fum/folic/dss/dha.....	155	PREMPRO.....	144
pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	155	prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	155
pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	155	PRENATAL 19.....	155
POD-CARE 100C.....	145	prenatal 34/iron/folic/dss/dha.....	155
PODOCON-25.....	169	prenatal vits15/iron/folic/dss.....	155
podoflox.....	169	PREPIDIL.....	146
POLIBAR ACB.....	119	PREPOPIK.....	139
POLIVY.....	72	PRESTALIA.....	98
POLOCAINE.....	29	PRETOMANID.....	40
polydimethylsiloxanes/silicon.....	170	PREVIDENT.....	127
polymyxin b sulfate.....	38, 46	PREVNAR 13.....	88
polymyxin b sulf/trimethoprim.....	38	PREVYMIS.....	81
POMALYST.....	69	PREZCOBIX.....	79
Ponvory.....	108	PREZISTA.....	79
PORTRAZZA.....	69	PRIALT.....	18
posaconazole.....	53	PRIFTIN.....	40
potassium acetate.....	132	primaquine.....	60
potassium bicarbonate/cit ac.....	132	PRIMAQUINE.....	60
potassium chloride.....	132	PRIMAXIN.....	41
potassium chloride in d5w.....	132	primidone.....	111
potassium chloride in water.....	132	PRIMLEV.....	20
potassium citrate.....	133	PRIMSOL.....	40
potassium iodide/iodine.....	130	PRISMASOL.....	133
potassium phos, m-basic-d-basic.....	131	probenecid.....	35
POTASSIUM PHOSPHATE.....	131	PROBUPHINE.....	184
POTASSIUM PHOSPHATES.....	131	procainamide.....	94
POTELIGEO.....	73	PROCALAMINE.....	129
PRADAXA.....	52	PROCARDIA.....	95
PRALIDOXIME CHLORIDE.....	179	PRO-C-DURE 5.....	145
pramipexole.....	76, 77	PRO-C-DURE 6.....	145
pramipexole er.....	76, 77	prochlorperazine.....	135, 136
PRAMOSONE.....	172	PRO COMFORT.....	152
prasugrel.....	78	PROCORT.....	141
pravastatin.....	105	PROCRIT.....	112
PRAXBIND.....	92	PROCTOFOAM-HC.....	141
praziquantel.....	60	progesterone.....	147
		PROGLYCEM.....	127

Índice de medicamentos

PROGRAF.....	151	QUAZEPAM.....	165
PROHANCE.....	117	QUELICIN.....	86
PROLASTIN C.....	175	QUESTRAN.....	105
PROLENSA.....	123	quetiapine.....	162, 163
PROLEUKIN.....	74	QUILLIVANT XR.....	161
PROLIA.....	183	quinapril.....	99, 101
PROMACTA.....	113	quinapril/hydrochlorothiazide.....	99
promethazine.....	55, 115, 116, 136	quinidine.....	94
PROMETRIUM.....	147	quinine.....	60
PROMISEB.....	168	QUTENZA.....	168
propafenone.....	94	QVAR REDIHALER.....	36
propranolol.....	102, 103	R	
propylthiouracil.....	173	rabeprazole.....	140
PROQUAD.....	90	RADIAGEL.....	181
PROSCAR.....	185	RADIAPLEXRX.....	170
PROSOL.....	129	RADICAVA.....	107
PROSTASCINT.....	119	RADICAVA ORS.....	107
PROSTIN E2.....	146	RADIOGARDASE.....	181
PROSTIN VR PEDIATRIC.....	103	RAGWITEK.....	87
protamine.....	91	raloxifene.....	183
protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii.....	170	ramelteon.....	165
PROTOPAM CHLORIDE.....	179	ramipril.....	101
PROTOPIC.....	150	RANEXA.....	93
protriptyline.....	159	ranitidine.....	138
PROVAYBLUE.....	178	ranolazine.....	93
PROVERA.....	113, 147	RAPAFLO.....	185
PROVOCHOLINE.....	118	RAPAMUNE.....	151
PULMICORT.....	36	RAPIVAB.....	81
PULMOZYME.....	175	RAPLIXA.....	92
PURIXAN.....	67	rasagiline mesylate.....	76, 77
pyrazinamide.....	40	RAVICTI.....	134
PYRIDIUM.....	31	RAYALDEE.....	178
pyridostigmine bromide.....	84	RAZADYNE ER.....	84
pyridoxine.....	135, 186	READI-CAT 2.....	119
pyrimethamine.....	60	READYSHARP BETAMETHASONE.....	145
Q		REBIF.....	108
QALSODY.....	107	REBLOZYL.....	175
QINLOCK.....	71	RECARBRIO.....	41
QMIIZ ODT.....	34	RECLAST.....	183
QUADRACEL DTAP-IPV.....	90	RECOMBIVAX HB.....	90
QUADRAMET.....	176	RECOTHROM.....	92
QUALAQUIN.....	60	RECTIV.....	139
QUARTETTE.....	114	REDITREX.....	31
quazepam.....	165	regadenoson.....	117
		REGLAN.....	139
		REGRANEX.....	168
		RELAGARD.....	59
		RELENZA.....	81

Índice de medicamentos

RELISTOR.....	52	risperidone.....	162, 163
remifentanil.....	21	RITALIN.....	161
REMODULIN.....	98, 179	ritonavir.....	80
RENACIDIN.....	133	RITUXAN.....	63
RENFLEXIS.....	62	RITUXAN HYCELA.....	63
repaglinide.....	57, 58	rivastigmine.....	84
REPATHA PUSHTRONEX.....	104	rizatriptan.....	19
REPATHA SURECLICK.....	104	ROBAXIN.....	154
REPATHA SYRINGE.....	104	ROBINUL.....	134
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	152	ROCALTROL.....	187
RESPA A.R.....	115	ROCKLATAN.....	125
RESTASIS.....	126	rocuronium.....	86
RESTIZAN.....	168	ROMIDEPSIN.....	63
RETACRIT.....	112	ropinirole.....	77
RETAVASE.....	92	ropivacaine.....	29, 30
RETEVMO.....	71	ROPIVACAINE.....	23, 29, 30
RETROVIR.....	80	ROSANIL.....	50
REVCOVI.....	181	rosuvastatin calcium.....	105
REVLIMID.....	69	ROTARIX.....	88
REXULTI.....	164	ROTATEQ.....	88
REYATAZ.....	80	ROXYBOND.....	25
REZLIDHIA.....	72	ROZLYTREK.....	71
REZUROCK.....	184	RUBRACA.....	71
REZVOGLAR KWIKPEN.....	56	RUCONEST.....	176
R-GENE 10.....	119	rufinamide.....	109, 111
RHOGAM.....	87	RUKOBIA.....	79
RHOPHYLAC.....	87	RUXIENCE.....	63
RHOPRESSA.....	125	RUZURGI.....	108
RIABNI.....	63	RYANODEX.....	154
RIASTAP.....	91	RYBELSUS.....	56
ribasphere.....	83	RYDAPT.....	71
ribasphere ribapak.....	83	RYTARY.....	77
ribavirin.....	83	RYTHMOL SR.....	94
RIDAURA.....	32	S	
rifabutin.....	40	SAF-CLENS AF.....	170
RIFADIN.....	40	SAFYRAL.....	114
RIFAMATE.....	40	SALAGEN.....	87
rifampin.....	40, 41	salicylic acid.....	169
RIFATER.....	41	SALIMEZ FORTE.....	169
RILUTEK.....	107	SALKERA.....	169
riluzole.....	107	salsalate.....	31
rimantadine.....	81, 82	SALVAX DUO PLUS.....	169
RIMSO-50.....	26	SANCUSO.....	136
ringer's solution.....	130, 166	SANDOSTATIN.....	147
RINVOQ.....	33	SANTYL.....	173
RIOMET.....	57	SAPHRIS.....	163
risedronate.....	183	sapropterin.....	182
RISPERDAL.....	162	SARAFEM.....	157

Índice de medicamentos

SARCLISA	65	SKYTROFA	146
SAVAYSA.....	50	SMOFLIPID	139
SAVELLA.....	184	sodium acetate	127
SCALACORT DK.....	172	sodium benzoate/sod phenylacet.....	134
SCEMBLIX.....	71	sodium bicarbonate.....	127
SCLEROSOL.....	176	sodium bicarbonate in d5w	127
scopolamine.....	136	sodium chloride.....	39, 102, 132, 166, 179, 182
SEASONIQUE	114	sodium chloride/nahco3/kcl/peg	139
secobarbital.....	165	SODIUM CITRATE.....	50
SECUADO.....	163	SODIUM DIURIL.....	122
SECURESAFE.....	153	SODIUM EDECRIN.....	120
selegiline.....	77	sodium ferric gluconat/sucrose.....	131
SELENIOS ACID	131	sodium fluoride/potassium nit	127
selenium sulfide	168	SODIUM HYALURONATE.....	32
SELZENTRY	79	SODIUM NITRITE	179
SEN-SERTER	152	SODIUM OXYBATE.....	165
sensorcaine	29, 30	sodium phenylbutyrate	134
SENSORCAINE	30	SODIUM PHOSPHATE.....	131
SENSORC MPF.....	30	sodium polystyrene sulfonate.....	130
SENSORC-MPF.....	30	sodium polystyrene sulfon/sorb	130
SENSORCN-MPF.....	30	sodium tetradecyl.....	106
SEROQUEL.....	163	sodium thiosulf.....	181
SEROSTIM.....	146	sod phosphate, monobasic-dibas.....	131
sertraline.....	157, 158	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos	166
sevelamer.....	130	SOF-SENSOR	153
SFROWASA.....	138	solifenacin.....	185
SHINGRIX.....	90	SOLIQUEA.....	56
SIGNIFOR.....	147	SOLIRIS	91
SIKLOS	91	SOLTAMOX.....	74
sildenafil.....	97	SOLU-CORTEF	145
SILIQ.....	167	SOLU-MEDROL.....	145
silodosin.....	185	SOMA	154
SILVADENE.....	50	SOMATULINE DEPOT	147
silver nitrate	169, 173	SOMAVERT	177
silver sulfadiazine.....	50	SORBITOL.....	166
SIMBRINZA.....	125	sotalol.....	102
SIMPONI.....	62	SOTRADECOL.....	106
SIMULECT.....	150	SOTYKTU	167
simvastatin.....	103, 105	SOTYLIZE	103
SINEMET.....	77	SOVALDI	82
SINGULAIR	36	spinosad.....	75
SINOGRAFIN	116	SPINRAZA.....	180
SIRTURO	41	SPIRIVA RESPIMAT	35
SITZMARKS	119	spironolact/hydrochlorothiazid.....	121
SIVEXTRO	45	spironolactone.....	121
SKELAXIN	154	SPRAVATO.....	156
SKLICE	75	SPRITAM.....	111
SKYLA.....	115	SPRYCEL	71
SKYRIZI.....	167	sps	130

Índice de medicamentos

SSKI	130	SURVANTA	175
STALEVO 50	77	SUSTOL	136
STALEVO 75	77	SUTAB	139
STALEVO 100	77	SUTENT	71
STALEVO 125	77	SWABFLUSH	132
STALEVO 150	77	SYFOVRE	126
STALEVO 200	77	SYLVANT	72
STARLIX	57	SYMAX DUOTAB	137
STELARA	149	SYMDEKO	174
STERILE TALC	176	SYMLINPEN 60	57
STERITALC	176	SYMLINPEN 120	57
STIMATE	143	SYMPROIC	52
STIMUFEND	113	SYMTUZA	79
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	36	SYNAGIS	81
STIVARGA	71	SYNALAR	49, 172
STRATTERA	161	SYNERCID	47
STRENSIQ	180	SYNJARDY	58
STREPTOMYCIN	39	SYNOJOYNT	32
STRIBILD	81	SYNRIBO	73
STRIVERDI RESPIMAT	36	SYNTHROID	174
STROMECTOL	60	SYNVISC	32
strontium-89 chloride	176	SYRINGE AVITENE	92
SUBLOCADE	184	T	
SUBOXONE	184	TABLOID	67
succinylcholine chloride	86	TABRECTA	71
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE	86	TACHOSIL	92
SUCRAID	138	tacrolimus	150, 151
sucralfate	136	tadalafil	97
sufentanil	21	TAFINLAR	67
SULAR	95	TAGITOL	119
sulfacetamide/prednisolone sp	38	TAGRISSO	71
sulfacetamide sodium	38, 50, 167, 168	TAKHZYRO	87
sulfacetamide sod/sulfur/urea	50	TALTZ	167
sulfacetamide/sulfur/cleansr23	50	TALZENNA	71
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct	50	TAMIFLU	82
sulfadiazine	38, 50	tamoxifen citrate	74
sulfamethoxazole/trimethoprim	38, 39	tamsulosin	185
SULFAMILYLON	50	TAPAZOLE	173
sulfasalazine	138	TARGETIN	62, 75
sulindac	34	TASIGNA	71
sumatriptan	19	tasimelteon	165
SUNOSI	165	TASMAR	77
SUPPRELIN LA	146	TAVALISSE	175
SUPRAX	42	TAXOTERE	74
SUPREP	139	tazarotene	168
SURGIFOAM	92	TAZVERIK	68
SURGISEAL STYLUS	170	TC99M MEBROFENIN PREP	116
SURGISEAL TEARDROP	170	TC99M MEDRONATE PREP	118
SURGISEAL TWIST	170	TC99M PYROPHOSPHATE PREP	116

Índice de medicamentos

TC99M SESTAMIBI PREP	116	thiothixene.....	164
TC99M SULFUR COLLOID PREP	118	THROMBI-GEL.....	92
TDVAX.....	90	THROMBIN-JMI.....	92
TECENTRIQ	74	THROMBI-PAD	92
TECHNELITE TC-99M GENERATOR.....	182	THYROGEN	173
TEFLARO.....	43	thyroid, pork.....	174
TEGRETOL	111	THYROLAR-1.....	174
TEGSEDI.....	178	THYROLAR-1/2.....	174
telmisartan.....	100, 101	THYROLAR-1/4.....	174
telmisartan-amlodipine	100	THYROLAR-2.....	174
telmisartan-hctz.....	100	THYROLAR-3.....	174
temazepam	166	tiagabine	110, 111
TEMIXYS.....	79	TIAZAC.....	95
TEMODAR.....	64, 65	TIBSOVO	72
TEMOVATE.....	172	ticlopidine	78
temozolomide.....	64, 65	TIGAN	136
temsirolimus.....	68	tigecycline.....	43
TENIVAC.....	90	TIGLUTIK.....	107
tenofovir.....	80	TIKOSYN	94
TEPADINA	65	timolol.....	103, 125
TEPEZZA	177	TINDAMAX	59
TEPMETKO.....	71	tinidazole	59
terazosin.....	100	TIROSINT	174
terbinafine.....	53	TISSEEL VHSO	170
terbutaline sulfata.....	35	TIVICAY.....	80
terconazole.....	53	TIVICAY PD	80
teriflunomide	108	tizanidine	154
TERSI FOAM.....	168	TNKASE	92
TERUMO SURGUARD2	153	TOBI PODHALER	39
TESSALON PERLE.....	115	tobramycin.....	37, 38, 39
TESTOPEL.....	142	tobramycin/dexamethasone.....	37
testosterone	141, 142, 143	TOBRAMYCIN PAK	39
TESTOSTERONE	142	TOLAK.....	75
TESTRED	142	tolbutamide	57
tetrabenazine	107	tolcapone	77
tetracaine	30, 124	tolmetin sodium.....	34
tetracaine hcl/pf	30	tolterodine tart er.....	185
tetracycline.....	48	tolterodine tartrate	185
TETRAVISC.....	124	tolvaptan.....	120
TEXACORT.....	172	TOLVAPTAN.....	120
THALLOUS CHLORIDE TL-201.....	116	TOPICORT.....	172
THALOMID.....	40	topiramate	111
THAM	127	topotecan	68
THEO-24.....	37	toremifene citrate	74
theophylline anhydrous.....	37	TORISEL	68
theophylline in dextrose.....	37	toremide	120
thiamine.....	186	TOTECT.....	176
thioridazine.....	164	TPN ELECTROLYTES.....	130
thiotepa.....	65	TRACLEER.....	98

Índice de medicamentos

TRALEMENT	131	TRISENOX	74
tramadol	20, 25, 26	TRIUMEQ	79
TRAMADOL HCL ER	26	TRODELVY	73
trandolapril	98, 101	TROGARZO	78
trandolapril/verapamil	98	TROPHAMINE	129
tranexamic acid	91	tropicamide	125
TRANEXAMIC ACID-NACL	91	tropium	185
TRANSDERM-SCOP	136	TRUDHESA	19
TRANXENE T-TAB	155	TRULANCE	139
tranylcypromine	156	TRULICITY	56
travoprost	125	TRUMENBA	88
TRAZIMERA	69	TRUXIMA	63
trazodone	158	TUKYSA	71
TREANDA	65	TURALIO	71
TRECATOR	40	TUXARIN ER	116
TRELEGY ELLIPTA	36	TUZISTRA XR	116
TRELSTAR	70	TWINRIX	90
TREMFYA	167	TYBLUME	115
treprostinil	98, 179	TYBOST	174
TRESIBA	59	TYGACIL	43
tretinoin	74, 167, 173	TYKERB	71
TRETTEN	91	TYMLOS	149
TREXALL	67	TYSABRI	182
TREZIX	21	TYVASO	98
triamcinolone	145, 172, 177	U	
triamterene	121	UBRELVY	19
triazolam	165, 166	UDENYCA	113
trichloroacetic acid	170	UKONIQ	72
TRICHLOROACETIC ACID	170	ULESFIA	75
TRICITRASOL	50	ULORIC	33
TRICOR	106	ULTIVA	21
trientine	181	ULTOMIRIS	91
TRIESENCE	123	ULTRACET	20
TRIFERIC	131	ULTRAFOAM	92
trifluoperazine	164	ULTRAM	26
trifluridine	81	ULTRAVATE	172
TRIGLIDE	106	ULTRAVIST	117
trihexyphenidyl	76	UNASYN	46
TRIJARDY XR	58	UNITUXIN	73
TRIKAFTA	174, 175	UPLIZNA	149
TRILIPIX	106	UPTRAVI	98
TRILURON	32	URAMAXIN	169
trimethobenzamide	136	urea	50, 61, 169, 170
trimethoprim	38, 39, 40	URIBEL	40
trimipramine	159	UROCIT-K	133
TRIMO-SAN	59	UROQID-ACID NO.2	133
TRINTELLIX	159	UROXATRAL	185
TRIOSTAT	174	URSO	138
TRIPTODUR	146	ursodiol	137, 138

Índice de medicamentos

UTA.....	40	VFEND.....	53, 54
UVADEX.....	74	V-GO 20.....	153
V		V-GO 30.....	153
VABOMERE.....	41	V-GO 40.....	153
VAGIFEM.....	148	VIASPAN BELZER-UW.....	184
valacyclovir.....	82	VIBATIV.....	44
VALCHLOR.....	75	VIBERZI.....	138
valganciclovir.....	82	VIBRAMYCIN.....	48
VALIUM.....	155	VIDAZA.....	67
valproic acid.....	111	VIEKIRA PAK.....	82
valrubicin.....	63	vigabatrin.....	111
valsartan.....	100, 101	VIIBRYD.....	158, 159
valsartan/hydrochlorothiazide.....	100	VIJOICE.....	175
VALSTAR.....	63	VILTEPSO.....	180
VALTOCO.....	109	VIMIZIM.....	180
VALTRESX.....	82	VIMPAT.....	111, 112
vancomycin.....	48, 49	vinblastine.....	69
VANCOMYCIN.....	48, 49	vincristine.....	69
VAPRISOL.....	120	vinorelbine.....	69
VARIBAR.....	119	VIOKACE.....	140
VARIVAX VACCINE.....	90	VIREAD.....	80
VARUBI.....	136	VISCO-3.....	32
VASCEPA.....	133	VISCOAT.....	126
vasopressin.....	143	VISIONBLUE.....	126
VASOPRESSIN.....	120, 143	VISIPAQUE.....	117
VASOPRESSIN-D5W.....	143	VISTARIL.....	55
VASOSTRICT.....	143	VISTOGARD.....	176
VAXELIS.....	90	VISUDYNE.....	177
VAZCULEP.....	97	VITAFOL FE+.....	155
VECAMYL.....	101	vitamins b1, b2, b3, b5, and b6.....	186
VECTIBIX.....	69	vite ac/grape/hyaluronic acid.....	168
vecuronium.....	87	VITRAKVI.....	72
VECURONIUM BROMIDE-WATER.....	87	VITRASE.....	173
VEGZELMA.....	63	VIVELLE-DOT.....	144
VELCADE.....	72	VIVITROL.....	178
VELETRI.....	98	VIVJOA.....	54
VELPHORO.....	130	VIZAMYL.....	118
VELTASSA.....	130	VIZIMPRO.....	72
VEMLIDY.....	83	VONVENDI.....	91
VENCLEXTA.....	72	VORAXAZE.....	176
VENELEX.....	184	voriconazole.....	53, 54
venlafaxine.....	158	VOSEVI.....	82
VENOFER.....	131	VOTRIENT.....	72
VENTAVIS.....	98	VOXZOGO.....	181
verapamil.....	94, 95, 96, 98	VPRIV.....	180
VEREGEN.....	83	VRAYLAR.....	163
VERELAN.....	96	VUMERITY.....	108
VERQUVO.....	97	VYEPTI.....	19
VERZENIO.....	72	VYNDAMAX.....	182

Índice de medicamentos

VYNDAQEL	182	Y	
VYONDYS-53.....	180	YASMIN 28	115
VYXEOS	65	YAZ	115
W		YERVOY	74
WAKIX	112	YONDELIS	65
warfarin.....	50	Z	
water for inj., bacteriostatic.....	182	zafirlukast.....	36
water for injection, sterile.....	182	zaleplon.....	166
water for irrigation, sterile	166	ZALTRAP.....	68
water/me-paraben/propylparaben	182	ZANAFLEX.....	154
Wegovy	75	ZANOSAR	63
WIDE SEAL DIAPHRAGM	115	ZARONTIN	112
WINRHO SDF.....	87	ZARXIO.....	113
WP THYROID	174	ZAVESCA.....	179
X		Zegalogue	127
XADAGO	77	ZEJULA	72
XALKORI	72	ZELBORAF	67
XANAX.....	156	ZEMAIRA	175
XARELTO	50	ZEMDRI.....	39
XATMEP	67	ZEMPLAR.....	178
XCLAIR.....	168	ZENATANE	167
XCOPRI.....	112	ZENZEDI.....	85
XELJANZ	33	ZEPATIER.....	83
XELODA	67	ZEPZELCA	65
XELSTRYM.....	85	ZERBAXA	42
XENLETA.....	46	ZETIA	106
XEOMIN.....	87	ZEVALIN.....	73
XEPI	49	zidovudine	79, 80
XERAVA.....	48	ZIEXTENZO.....	113
XERMELO.....	134	zileuton	35
XGEVA	183	ZILRETTA	145
XIAFLEX	184	ZIMHI.....	53
XIFAXAN.....	47	ZINACEF.....	42
XIGDUO XR	58	zinc chloride.....	133
XIIDRA	126	zinc oxide	170
XOFIGO	176	zinc sulfate	133
XOFLUZA	82	ZINECARD	176
XOLAIR	36	ZINGO	30
XOPENEX.....	35	ziprasidone.....	163
XOSPATA	72	ZIRABEV	63
XPOVIO.....	74	ZIRGAN.....	81
XTAMPZA ER	26	ZITHROMAX	44, 45
XTANDI.....	65	ZOHYDRO ER.....	26
XUREA	170	ZOKINVY.....	175
XURIDEN.....	128	ZOLADEX	70
XYLOCAINE.....	30, 94	zoledronic acid.....	183
XYREM.....	165	ZOLINZA	63
XYWAV	165	zolmitriptan	19

Índice de medicamentos

zolpidem	166
zolpidem tart er	166
zonisamide.....	112
ZONTIVITY	78
ZORBTIVE.....	146
ZORTRESS	151
ZOSTAVAX.....	90
ZOSYN	46
ZTLIDO.....	31
ZUBSOLV.....	184
ZYDELIG.....	72
ZYKADIA.....	72
ZYLET	37
ZYLOPRIM	33
ZYNYZ	63
ZYPREXA	163
ZYVOX.....	45

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. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, 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.
3. 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.
4. 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. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
5. 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, sin importar dónde despache sus recetas.*
6. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
7. 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.
8. 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.
9. **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.
10. 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.
11. **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.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company, Express Scripts, Inc. o sus afiliadas, y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna Healthcare of Arizona, Inc., Cigna Healthcare of California, Inc., Cigna Healthcare of Colorado, Inc., Cigna Healthcare of Connecticut, Inc., Cigna Healthcare of Florida, Inc., Cigna Healthcare of Georgia, Inc., Cigna Healthcare of Illinois, Inc., Cigna Healthcare of Indiana, Inc., Cigna Healthcare of St. Louis, Inc., Cigna Healthcare of North Carolina, Inc., Cigna Healthcare of New Jersey, Inc., Cigna Healthcare of South Carolina, Inc., Cigna Healthcare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna Healthcare of Texas, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otros; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otros (CHLIC); GSA-COVER y otros (CHC-TN).

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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