



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de julio de 2024

Para el estado de California

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

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

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

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

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.
951801SP g CA NPF 3-Tier 03/24 © 2024 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
· Preguntas frecuentes	3
· Palabras que quizás necesite conocer	11
· Acerca de esta Lista de medicamentos	12
· Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
· Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	148
Índice de medicamentos	149

Consulte su Lista de medicamentos en línea

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

- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) del menú desplegable. Luego escriba el nombre de su medicamento.
- **Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 3 Tier** (National Preferred 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 2023

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de

medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

R. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **PA** o **ST** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **QL** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la leyenda **AGE** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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)
- Colesterol alto
- Alergias
- Osteoporosis
- Problemas de vejiga
- Dolor
- Problemas respiratorios
- Condiciones cutáneas
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Presión arterial alta

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

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

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

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

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

consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

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

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

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

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

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

P. Mi medicamento forma parte del programa de tratamiento escalonado. No quiero probar una alternativa. ¿Cómo obtengo la aprobación

(autorización previa) para mi medicamento?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

R. Sí.

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

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

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

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

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

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

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

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

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

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

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

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

Accredo para medicamentos de especialidad

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

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

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

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

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

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

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

R. Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de pasarse a Accredo.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

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

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

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

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

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

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

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

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

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia.

Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de Express Scripts® Pharmacy.

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

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

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2 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 (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios.**

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al

tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.

- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de julio de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

Niveles

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

• Nivel 1 – 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.)*

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffé 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<i>FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)</i>	T3	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento. Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna. Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA . Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva .
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffé)</i>	T3	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
<i>AIMOVIG AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
<i>CAFERGOT (ergotamine-caffeine)</i>	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
<i>EMGALITY PEN</i>	T2	PA	
<i>EMGALITY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)</i>	T1	QL (40 tabs/28 days)	

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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)	18-22	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	45, 46
Analgésicos (Condiciones urinarias)	22	Antiinfecciosos/Varios (varios)	46
Anestésicos (varios)	22	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	46
Anestésicos (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	22, 23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	47
Anestésicos (condiciones urinarias)	23	Antineoplásicos (cáncer)	47-53
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	23	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	53
Antiartríticos (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-25	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	53, 54
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-28	Antiparasitarios (condiciones oculares)	54
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	28	Antiparasitarios (infecciones)	54
Antibióticos (condiciones oculares)	28-30	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	54, 55
Antibióticos (infecciones)	30-36	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	55, 56
Antibióticos (condiciones cutáneas)	36, 37	Antivíricos (SIDA/VIH)	56-58
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38	Antivíricos (condiciones oculares)	58
Antídotos (condiciones gastrointestinales/pirosis)	38	Antivíricos (infecciones)	58-60
Antídotos (abuso de sustancias)	38	Antivíricos (condiciones cutáneas)	60
Antimicóticos (condiciones oculares)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	60
Antimicóticos (productos femeninos)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	60, 61
Antimicóticos (infecciones)	39, 40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	61
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	40, 41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	61
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	41	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	61, 62
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	41	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	62
Antihistamínicos (condiciones oculares)	41, 42	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	62
Antihiper glucémicos (diabetes)	42-45	Productos biológicos (varios)	62
Antiinfecciosos (infecciones)	45	Productos biológicos (vacunas)	62-64
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	45	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	64, 65
		Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	65-68	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	104
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	68	Hormonas (agentes hormonales)	104-108
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-72	Hormonas (infertilidad)	108
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	72-74	Hormonas (varias)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	74	Hormonas (productos para la osteoporosis)	108
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	74, 75	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	109
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	75, 76	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	109
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	76	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	109, 110
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	76-79	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	110-118
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	79	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	118, 119
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	79	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	119, 120
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	79-85	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	120
Anticonceptivos (varios)	85	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	120-123
Preparaciones para la tos/el resfrío medicamentos para la tos/el resfrío	85, 86	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	123, 124
Diagnóstico (diabetes)	87	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	124-126
Diagnóstico (varios)	87, 88	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	126, 127
Diuréticos (diuréticos)	88, 89	Preparaciones cutáneas (varias)	127
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	89, 90	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	127, 128
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	90	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	128-134
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	90-94	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	134, 135
Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	94, 95	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	135
Elect./calóricos/H2O (diabetes)	95	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	136
Elect./calóricos/H2O (varios)	95	Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	136
Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	96, 97	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	136, 137
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	97	Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	137
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	97	Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	137
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	97-103		
Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	103, 104		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	137	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	142
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	137	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	142
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	137, 138	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	142
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	138	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	143
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	139-141	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	143, 144
Productos farmacológicos no clasificados (esclerosis múltiple)	141	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	144
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	141	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	144-147
Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	141, 142	Vitaminas (vitaminas)	147

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>acetaminophen w/butalbital</i>	T1	
ALLZITAL	T3	PA
<i>tencon</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital-asp-caffeine (Fiorinal)</i>	T1	
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/apap/caffeine</i>	T1	
<i>butalbital/apap/caffeine (Esgic)</i>	T1	
ESGIC (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	PA
FIORICET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	PA
VANATOL LQ	T3	PA
VANATOL S	T3	PA
<i>vto1 lq (Vanatol Lq)</i>	T1	
<i>zebutal (Esgic)</i>	T1	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin e.c. (Ecotrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>bufferin</i>	T1	HD PPACA
<i>choline mag trisalicylate</i>	T1	
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<i>ecotrin (Ecotrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>ecpirin (Ecotrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-buffered aspirin</i>	T1	HD PPACA
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 inj/23 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL(3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T2	PA QL(1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T3	ST QL
CAFERGOT (<i>cafergot</i>)	T3	
CAMBIA	T3	ST QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
D.H.E.45 (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	
<i>diclofenac pot powder pack</i> (CAMBIA)	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (D.H.E.45)	T1	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> (Migranal)	T1	QL
<i>eletriptan hbr</i> (Relpax)	T1	QL
EMGALITY	T2	PA QL (1 unit/23 days)
EMGALITY SYRINGE	T2	PA QL (1 unit/23 days)
ERGOMAR	T3	
<i>ergotamine-caffeine</i> (Cafergot)	T1	
<i>frovatriptan succinate</i> (Frova)	T1	QL
<i>migergot</i>	T1	
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T3	ST QL
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL
NURTEC ODT	T2	PA QL
QULIPTA	T2	PA QL
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan</i> (Maxalt)	T1	QL
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ-naproxen sod</i> (Treximet)	T1	QL
TOSYMRA	T3	ST QL
TRUDHESA NASAL SPRAY	T3	ST QL (4 units (1 carton)/28 days)
UBRELVY 50MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T2	PA QL (10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL
<i>zolmitriptan odt</i> (Zomig ZMT)	T1	QL
ZOMIG	T3	ST QL
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T3	ST QL
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac</i>	T1	QL HD
<i>diclofenac</i>	T1	
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
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</i>	T1	HD
<i>ketorolac</i>	T1	QL HD
<i>ketorolac</i>	T1	
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen w/codeine</i>	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>endocet</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>hydrocodone w/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet hd</i> (Norco)	T1	PA QL
<i>lorcet plus</i> (Norco)	T1	PA QL
LORTAB	T3	PA QL
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Endocet)	T1	PA QL
<i>oxycodone w/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
<i>tramadol hcl-acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	PA QL
TYLENOL W/CODEINE (<i>acetaminophen-codeine</i>)	T3	PA QL
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	PA QL
<i>vicodin hp</i>	T1	PA QL
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone bit-ibuprofen</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl-ibuprofen</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone w/aspirin</i>	T1	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>apap-caffeine-dihydrocodeine</i> (Trezix)	T1	PA QL
<i>dvorah</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl</i>)	T3	ST QL (90 units/63 days)
ARYMO ER	T3	ST QL (120 tabs/23 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

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
BELBUCA	T2	ST QL
<i>belladonna & opium</i>	T1	PA QL
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (< 18 yo 12 ds/130 days)
<i>codeine</i>	T1	PA QL
CONZIP	T3	ST QL (30 units/30 days)
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>diskets</i>	T1	
DOLOPHINE HCL (<i>methadone hcl</i>)	T3	ST
<i>fentanyl</i>	T1	QL (15 units/23 days)
<i>fentanyl</i> (Actiq)	T1	QL (90 units/63 days)
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	QL (15 patches/23 days)
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro ER)	T1	QL (90 units/23 days)
<i>hydromorphone er</i>	T1	QL (60 tabs/23 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA QL
HYSINGLA ER	T2	ST QL (60 units/23 days)
KADIAN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (90 caps/23 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T3	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T1	PA QL
<i>meperidine hcl</i>	T1	
<i>methadone hcl</i> (Dolophine Hcl)	T1	
<i>methadose</i>	T1	
<i>morphine</i>	T1	PA QL (12 ds/60 days)
MORPHINE	T3	PA QL
<i>morphine cr</i> (Ms Contin)	T1	QL (120 tabs/23 days)
<i>morphine er</i> (Kadian)	T1	QL (90 caps/23 days)
<i>morphine er</i> (MS Contin)	T1	QL (120 tabs/23 days)
MS CONTIN (<i>morphine cr, morphine er</i>)	T3	ST QL (120 tabs/23 days)
MS CONTIN (<i>morphine er</i>)	T3	ST QL (120 tabs/23 days)
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl</i> (Roxicodone)	T1	PA QL
OXYCONTIN	T2	ST QL (90 tabs/23 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>oxymorphone hcl er</i>	T1	QL (90 tabs/23 days)
<i>pentazocine and naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T3	PA QL
<i>tramadol hcl er</i>	T1	QL (30 units/30 days)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>asa-butalb-caff-cod</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>ascomp with codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
<i>butalbital compound w/codeine</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA QL
FIORINAL W/CODEINE (<i>asa-butalb-caffeine-codeine</i>)	T3	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/caff/apap/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i>)	T3	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol-aspirin-codeine</i>	T1	PA QL
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>forane</i> (Forane)	T1	
<i>isoflurane</i> (Forane)	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
<i>terrell</i> (Forane)	T1	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i>	T1	QL (60 ml/23 days)
<i>lidocaine</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL (60 ml/23 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

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAINE ANESTHETIC	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (50 gm/21 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T3	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	T1	QL (30 gm/23 days)
LIDOCAN II (<i>lidocaine</i>)	T3	PA
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	PA
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn</i>)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>salsalate</i>	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i> (Cuprimine)	T1	PA SP
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T2	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVAL (<i>leflunomide</i>)	T3	QL (30 units/30 days) HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	QL (30 units/30 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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (55 tabs/274 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (60 tabs/23 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T2	ST HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat</i> (Uloric)	T1	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
RINVOQ ER 30MG TABLET	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
XELJANZ	T2	PA QL SP HD
XELJANZ 1mg/ml ORAL SOLUTION	T2	QL (300ml/30 Days)
XELJANZ XR	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS	T3	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC (<i>diclofenac -misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac -misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
EC-NAPROSYN (<i>ec-naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	
<i>etodolac er</i>	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	ST HD
<i>fenoprofen</i>	T1	HD
<i>flurbiprofen</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

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>ibu</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen (Children'S Advil)</i>	T1	HD
INDOCIN	T3	ST HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i>	T1	HD
<i>ketoprofen</i>	T1	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate</i>	T1	HD
<i>meloxicam 15mg tablet (Mobic)</i>	T1	HD
MOBIC 7.5 MG TABLET (<i>meloxicam</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
MOBIC 15 MG TABLET (<i>meloxicam</i>)	T3	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>nabumetone (Relafen)</i>	T1	HD
NALFON (<i>fenoprofen</i>)	T3	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen cr</i>)	T3	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen</i>	T1	ST HD
<i>naproxen er 750mg tablet (Naprelan)</i>	T1	ST
<i>naproxen (Anaprox DS)</i>	T1	HD
<i>naproxen (EC-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet, tablet (Daypro)</i>	T1	HD
<i>piroxicam (Feldene)</i>	T1	HD
QMIIZ ODT 7.5MG TABLET	T3	ST QL (30 units/30 days)
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib (Celebrex)</i>	T1	HD
<i>celecoxib</i>	T1	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid w/colchicine</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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	QL HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL HD
SEEBRI NEOHALER	T3	QL HD
SPIRIVA	T2	QL HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL HD
YUPELRI	T2	QL (30 units/30 days) HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T3	QL HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol</i>	T1	HD
<i>metaproterenol</i>	T1	HD
<i>terbutaline</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa (Proair Hfa)</i>	T1	QL
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	QL (30 units/30 days) HD
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
BROVANA	T3	QL HD
PERFOROMIST	T3	QL HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	QL HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR DISKUS (<i>fluticasone-salmeterol</i>)	T3	ST QL HD
ADVAIR HFA	T2	ST QL HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	PA QL HD
AIRSUPRA	T2	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA	T2	ST QL HD
<i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA	T2	ST QL HD
<i>fluticasone-salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	QL HD
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
<i>wixela inhub (Advair Diskus)</i>	T1	QL HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
TRELEGY ELLIPTA	T2	QL
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO	T3	QL HD
ARNUITY ELLIPTA	T2	QL HD
ASMANEX	T2	QL HD
ASMANEX HFA	T2	QL HD
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T1	
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T1	
FLOVENT DISKUS	T2	QL HD
FLOVENT HFA	T2	QL HD
QVAR REDIHALER	T2	QL HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/56 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>ACCOLATE (zafirlukast)</i>	T3	HD
<i>montelukast (Singulair)</i>	T1	HD
<i>zafirlukast (Accolate)</i>	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn</i>	T1	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (2 syr/21 days) SP HD
XOLAIR 150MG SYRINGE	T2	PA QL (4 syr/21 days) SP HD
XOLAIR 150 MG VIAL	T2	PA QL (6 vials/21 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T2	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA QL (1 unit/21 days) SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<i>theophylline anhydrous (Elixophyllin)</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl (Cetraxal)</i>	T1	
COLY-MYCIN S	T3	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRODEX	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
MAXITROL (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	T3	
<i>neo/polymyxin/dexamethasone (Maxitrol)</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 (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
<i>neomycin/bacitracin/poly/hc</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethaso (Maxitrol)</i>	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX EYE DROPS (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T3	
<i>tobramycin-dexamethasone (Tobradex)</i>	T1	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide</i>	T1	
<i>sulfacetamide (Bleph-10)</i>	T1	
<i>sulfacetamide w/prednisolone</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	T1	
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin</i>	T1	
CILOXAN (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl (Ciloxan)</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>gatifloxacin (Zymaxid)</i>	T1	
<i>gentak</i>	T1	
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300ml/30 days)
KLARITY-A (AZITHROMYCIN-CHONDR)	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
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	T1	
<i>neo-polycin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflox)	T1	
<i>polycin</i>	T1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX (<i>tobramycin</i>)	T3	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
ZYMAXID (<i>gatifloxacin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	QL
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> (Bactrim DS)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Sulfatrim)	T1	
<i>sulfatrim</i> (Sulfatrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T2	PA SP
BETHKIS	T2	PA QL SP HD
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300 ml/30 days)
KITABIS PAK	T2	PA QL SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>neomycin</i>	T1	
TOBI PODHALER	T2	PA QL
<i>tobramycin</i>	T1	
TOBRAMYCIN	T3	PA QL SP HD
<i>tobramycin (Tobi)</i>	T1	PA QL SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	T1	
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
<i>hyophen</i>	T1	
<i>me-naphos-mb-hyo 1</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)	T1	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL	T3	
<i>phosphasal</i> (Uretron D-S)	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URELLE	T3	
<i>uretron d-s</i> (Uretron D-S)	T1	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T3	
<i>urimar-t</i>	T1	
<i>urin d.s.</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>uro-458</i> (Urelle)	T1	
<i>uroav-b</i> (Uribel)	T1	
<i>urogesic</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>uro-mp</i> (Uribel)	T1	
<i>uryl</i> (Urogesic-Blue)	T1	
<i>ustell</i>	T1	
<i>utira-c</i> (Uretron D-S)	T1	
<i>vilamit mb</i> (Uribel)	T1	
<i>vilevev mb</i> (Urelle)	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
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID 50mg, 100mg CAPSULES	T2	PA QL(30 caps/30 day) SP HD
THALOMID 150mg, 200mg CAPSULES	T2	PA QL(60 caps/30 day) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
RIFADIN (<i>rifadin</i>)	T3	
RIFADIN (<i>rifampin</i>)	T3	
<i>rifampin</i> (Rifadin)	T1	
SIRTURO	T2	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T2	QL SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefaclor er</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	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 - 3.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone</i>	T1	
SPECTRACEF	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN PALMITATE (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<i>clindamycin pediatric</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 100mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (195 ml/68 days)
<i>azithromycin 1gm powder packet</i> (Zithromax)	T1	QL (2 packets/68 days)
<i>azithromycin 200mg/5 ml suspension</i> (Zithromax)	T1	QL (120 ml/68 days)
<i>azithromycin 250mg, 500mg tablet</i> (Zithromax)	T1	QL (15 tabs/ 68 days)
<i>azithromycin 600mg tablet</i>	T1	QL (24 tabs/68 days)
<i>clarithromycin</i>	T1	
<i>clarithromycin er</i>	T1	
DIFICID	T3	QL (60 caps/30 days)
e.e.s.	T1	
E.E.S. (<i>erythromycin ethyl</i>)	T3	
ERYPED (<i>erythromycin ethyl</i>)	T3	
<i>ery-tab</i>	T1	
<i>erythrocin stearate</i>	T1	
<i>erythromycin</i>	T1	
<i>erythromycin</i> (Ery-Tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (2 packets/68 days)
ZITHROMAX 100MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (195 ml/68 days)
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSPENSION (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (120 ml/68 days)
ZITHROMAX 250MG, 500MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	QL (15 tabs/ 68 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin</i> (Macrodantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin ES-600)	T1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/ML SUSP, 500 MG TAB (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>)	T3	
<i>dicloxacillin</i>	T1	
<i>penicillin V</i>	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T2	QL
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
LEVAQUIN (<i>levofloxacin</i>)	T3	
<i>levofloxacin hemihydrate</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL
XIFAXAN	T2	QL
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>avidoxy</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.)		
AVIDOXY DK	T3	ST
coremino	T1	
demeclocycline hcl	T1	
doxycycline hyclate (Acticlate)	T1	
doxycycline hyclate (Doryx)	T1	
doxycycline 50 mg tablet (Targadox)	T1	ST
doxycycline hyclate (Vibramycin)	T1	
doxycycline monohydrate (Vibramycin)	T1	
MINOCIN (minocycline hcl)	T3	ST
minocycline hcl	T1	
minocycline hcl er	T1	
minocycline hcl er (Solodyn)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
mondoxyne nl	T1	
morgidox	T1	
MORGIDOX	T3	ST
morgidox (Vibramycin)	T1	
NUZYRA	T3	QL (30 tabs/30 days) SP
okebo	T1	
ORACEA	T3	ST
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN (minocycline hcl er)	T3	ST
TARGADOX (doxycycline hyclate)	T3	ST
tetracycline 250 mg capsule	T1	
tetracycline 250 mg tablet	T1	ST
tetracycline 500 mg capsule	T1	
tetracycline 500 mg tablet	T1	ST
VIBRAMYCIN (doxycycline hyclate)	T3	ST
VIBRAMYCIN (doxycycline monohydrate)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN PHOSPHATE (clindamycin phosphate)	T3	
clindamycin phosphate (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
metronidazole	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 VAGINALES (cont.)		
NUVESSA	T3	
<i>vandazole</i>	T1	
XACIATO	T3	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOGIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	QL
<i>vancomycin 125mg capsule</i>	T1	PA QL (40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250mg capsule</i>	T1	PA QL (80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl (Firvanq)</i>	T1	QL
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL (30 units/30 days)
CENTANY AT	T3	ST QL
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 gm/23 days)
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (120 ml/23 days)
CLINDACIN ETZ	T3	ST
<i>clindacin etz</i>	T1	
<i>clindacin p</i>	T1	
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin 1% foam (Evoclin)</i>	T1	QL (100 gm/23 days)
<i>clindamycin 1% gel</i>	T1	
<i>clindamycin 1% lotion (Cleocin T)</i>	T1	QL (120 ml/23 days)
<i>clindamycin 1% solution</i>	T1	QL (120 ml/23 days)
<i>clindamycin capsule</i>	T1	
<i>ery</i>	T1	
<i>erygel (Erygel)</i>	T1	
<i>erythromycin</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 (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>erythromycin</i> (Erygel)	T1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	ST QL (100 gm/23 days)
<i>gentamicin</i>	T1	QL (300 ml/30 days)
<i>mupirocin</i> 2% oint.	T1	QL (1 treatment/30 days)
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	QL
XEPI	T3	ST QL (30 units/30 days)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
<i>avar</i>	T1	
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E LS CREAM	T3	ST
<i>mafenide acetate</i> (Sulfamylon)	T1	
PLEXION	T3	ST
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
ss 10-2 (Avar Ls)	T1	
ssd (Silvadene)	T1	
sss 10-5	T1	
<i>sulfacetamide -sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Avar-E LS)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Plexion)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumadan)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur</i> (Sumaxin)	T1	
<i>sulfacleanse</i> 8/4	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide</i>)	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide-sulfur</i>)	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
COUMADIN (<i>jantoven</i>)	T3	
COUMADIN (<i>warfarin</i>)	T3	
<i>jantoven</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD	T2	
ACD-A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux</i>)	T3	SP
<i>enoxaparin</i> (Lovenox)	T1	
<i>fondaparinux</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T2	SP
<i>heparin</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	T1	HD
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T2	QL (30 units/30 days)
RELISTOR	T2	ST
SYMPROIC	T2	
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
<i>naloxone</i>	T1	
<i>naltrexone</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T3	QL (2 units/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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T2	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE-1	T3	
<i>miconazole 3</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	QL (60 ml/28 days)
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	
DIFLUCAN 150MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T3	QL (2 tabs/episode)
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>fluconazole 150mg tablet</i> (Diflucan)	T1	QL
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole 100mg capsule</i> (Sporanox)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>itraconazole 10mg/ml solution</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 40MG/ML SUSP	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	PA
SPORANOX 100MG CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	T3	QL (300 ml/1 treatment)
SPORANOX 10MG/ML SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	T3	
<i>terbinafine</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME 150 MG TABLET	T3	ST QL (4 tabs/treatment)
<i>griseofulvin</i>	T1	
<i>griseofulvin ultramicronsize</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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS (cont.)		
<i>nystatin</i>	T1	QL (60 grams/28 days)
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (45 gm/21 days)
<i>clotrimazole/betamethasone</i>	T1	QL (60 ml/21 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL (90 gm/21 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL (100 grams/30 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical solution (Loprox)</i>	T1	QL (60 ml/21 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution, treatment kit</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85 gm/21 days)
ERTACZO	T3	QL (60 gm/21 days)
EXELDERM	T3	QL (60 units/21 days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T3	ST QL (100 gm/21 days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60 gm/21 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gm/21 days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	QL (120 ml/21 days)
<i>ketodan (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gm/21 days)
<i>ketodan (Ketodan)</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (90 gm/21 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544 gm/23 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 kit/23 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SOLUTION (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (60 ml/21 days)
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T3	QL (120 ml/21 days)
LOTRISONE CREAM	T3	QL (90 grams/28 days)
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T3	QL (50 gm/21 days)
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	QL (60 gm/21 days)
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T3	QL (90 grams/28 days)
NIZORAL (<i>ketoconazole</i>)	T3	QL (120 ml/21 days)
<i>nyamyc</i>	T1	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>nystatin</i>	T1	QL
<i>nystatin w/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystatin/triamcinolone</i>	T1	QL
<i>nystop</i>	T1	QL
<i>oxiconazole nitrate (Oxistat)</i>	T1	QL (60 units/21 days)
OXISTAT	T3	QL (90 grams/28 days)
VUSION	T3	QL (100 grams/28 days)
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>promethazine vc</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL
SEMPREX-D	T3	
ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine</i>	T1	
<i>carbinoxamine (Ryvent)</i>	T1	
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>	T1	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
KARBINAL ER	T3	ST
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIHIAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
<i>desloratadine (Clarinx)</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine 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

ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAFT 0.25% EYE DROPS	T3	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T3	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T2	PA QL HD
BYDUREON PEN	T2	PA QL HD
BYETTA	T2	PA QL HD
MOUNJARO	T2	PA QL
OZEMPIC	T2	PA QL(1 pen/28 days)
RYBELSUS	T2	PA QL(30 tabs/30 days) HD
TRULICITY	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
JARDIANCE	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
STEGLATRO	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
<i>GLYSET (miglitol)</i>	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
<i>PRECOSE (acarbose)</i>	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET (<i>metformin er osmotic</i>)	T3	PA QL 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, TIPO BIGUANIDAS (cont.)		
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl er</i>	T1	QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Fortamet)	T1	PA QL HD
<i>metformin hcl er</i> (Glumetza)	T1	PA QL
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	ST HD
RIOMET ER	T3	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (30 units/30 days) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
<i>glipizide er</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide xl</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide er</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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone-metformin</i> (Actoplus Met)	T1	QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
<i>pioglitazone-glimepiride</i> (Duetact)	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T2	QL HD
JANUMET XR	T2	QL 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, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)		
<i>saxagliptin-metform er 2.5-1000 (Kombiglyze Xr)</i>	T1	ST QL(60 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500 (Kombiglyze Xr)</i>	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformn er 5-1000 (Kombiglyze Xr)</i>	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide-metformin</i>	T1	HD
<i>glyburide-metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
AVANDIA	T3	ST QL HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
INVOKAMET	T2	ST QL HD
SEGLUROMET	T2	ST QL HD
SYNJARDY	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
SYNJARDY XR	T2	ST QL HD
XIGDUO XR	T2	ST QL HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	HD
LANTUS SOLOSTAR	T2	HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
MYXREDLIN	T3	HD
SEMGLEE	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200	T2	HD
ANTIINFECIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>fem ph</i>	T1	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
<i>tinidazole</i>	T1	QL (20 tabs/23 days)
<i>tinidazole</i>	T1	QL (40 tabs/23 days)
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL (120 tabs/23 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	QL (120 tabs/23 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T2	QL (6 tabs/23 days)
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA QL (20 tabs/23 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	QL (20 tabs/23 days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	QL (20 tabs/365 days)
ARAKODA 100mg tablets	T3	QL (32 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 250-100mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25mg tablet</i> (Malarone)	T1	QL (180 tabs/180 days)
<i>chloroquine 250mg tablet</i>	T1	QL (56 tabs/274 days)
<i>chloroquine 500mg tablet</i>	T1	QL (28 tabs/274 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA (cont.)		
COARTEM	T2	QL (24 tabs/23 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine</i> (Plaquenil)	T1	QL
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Sovuna)	T1	
KRINTAFEL	T3	QL (2 tabs/23 days)
MALARONE 250-100MG TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	QL (60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25MG TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	QL (180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL (13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE BRAND	T2	QL (120 tabs/180 days)
<i>primaquine generic</i>	T1	QL (120 tabs/180 days)
QUALAQUIN (quinine)	T3	QL (42 caps/23 days)
<i>quinine (Qualaquin)</i>	T1	QL (42 caps/23 days)
SOVUNA	T3	
SOVUNA (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL (720 tabs/365 days)
IMPAVIDO	T2	QL (84 caps/23 days)
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	
NEBUPENT	T3	QL (1 vial/21 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL (1 vial/21 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>aminoacetic acid</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
<i>glycine</i> (Aminoacetic Acid)	T1	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN	T3	ST
<i>ciclopirox</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ (CF)	T2	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF	T2	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF) PEN CROHNS	T2	PA QL(6 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF) PEN PS-UV	T2	PA QL(4 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF)PEN	T2	PA QL(2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T2	PA SP
ENBREL	T2	PA QL SP HD
HUMIRA	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	T2	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING	T2	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING	T2	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING	T2	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA PEDIATRIC	T2	PA QL SP HD
HYRIMOZ(CF)	T2	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80 MG	T2	PA QL(3 syringes/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80-40MG	T2	PA QL(2 syringes/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN	T2	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-UC START	T2	PA QL(3 pens/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS	T2	PA QL(3 pens/365 days) SP HD
SIMPONI	T2	PA QL SP HD
SIMPONI ARIA	T3	PA SP HD

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

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

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

ANTINEOPLÁSICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK 10mg, 20mg CAPSULE	T3	PA QL SP HD CSL
FARYDAK 5mg CAPSULE	T3	PA QL
ZOLINZA	T2	PA SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T3	SP CSL
<i>cyclophosphamide</i>	T3	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	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
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)		
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
<i>melfalan hcl</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	CSL
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)	T1	PA QL SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
<i>flutamide</i>	T1	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	PA CSL
NUBEQA	T2	PA QL SP HD CSL
XTANDI	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
ARRANON	T3	
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	SP HD CSL
LONSURF	T2	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T1	CSL
<i>methotrexate</i>	T1	
<i>methotrexate</i>	T1	CSL
PURIXAN	T2	SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA QL ST SP HD CSL
XELODA 150MG tablets	T3	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500MG tablets	T3	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA 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 AROMATASA (cont.)		
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T2	SP PA HD QL (840 ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INMUNOTERAPIA CON CÉLULAS CAR-T		
BREYANZI	T3	PA
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA QL SP HD CSL
ERIVEDGE	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
ODOMZO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T2	PA QL SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2		
COTELLIC	T2	PA QL SP HD CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10MG TABLET	T2	PA QL(30 tabs/30 days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5MG TABLET	T3	PA QL ST SP
AFINITOR 2.5MG, 5MG, 7.5MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA QL(30 tabs/30 days) ST SP HD CSL
AFINITOR DISPERZ	T2	PA QL(30 tabs/30 days) ST SP CSL
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
POMALYST	T2	PA SP HD CSL
REVLIMID	T2	PA QL (30 caps/30 days)SP HD CSL
SYLATRON	T2	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T1	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T3	PA SP HD
ZOLADEX	T2	SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL SP HD CSL
ALUNBRIG	T2	PA QL SP HD CSL
AYVAKIT	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL
BALVERSA	T2	PA SP CSL
BOSULIF	T2	PA QL SP HD CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T2	
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T2	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
BRUKINSA	T2	PA SP CSL
CABOMETYX	T2	
CALQUENCE	T2	SP
CAPRELSA	T2	PA QL SP CSL
COMETRIQ	T2	PA SP HD CSL
COPIKTRA	T3	PA QL (56 caps/28 days) SP CSL
<i>erlotinib hcl (Tarceva)</i>	T1	PA QL SP HD CSL
EXKIVITY 40MG CAPSULE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)
GAVRETO	T2	PA QL (120 tabs/30 days) SP
GILOTRIF	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
ICLUSIG	T2	PA QL SP CSL
IMBRUVICA 560MG TABS	T2	PA SP CSL
INLYTA	T2	PA QL SP HD CSL
IRESSA (<i>gefitinib</i>)	T3	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD CSL
IWILFIN	T2	PA SP CSL
KISQALI	T3	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T3	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
LENVIMA 4MG (five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 8MG (ten 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 10MG (five 10 mg capsules per card)	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 12MG (fifteen 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) 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

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
LENVIMA 14MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 18MG (five 10 mg capsules and five 4 mg capsules per card)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 20MG	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
LENVIMA 24MG	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP HD
LORBRENA	T2	PA QL SP HD CSL
LYNPARZA	T2	PA QL SP HD CSL
LYTGOBI	T2	PA SP CSL
NERLYNX	T2	PA SP HD CSL
NEXAVAR	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
NINLARO	T2	PA QL SP HD CSL
OGSIVEO	T3	PA SP CSL
<i>pazopanib (Votrient)</i>	T1	PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE 4.5MG, 9MG, 13.5MG TAB	T2	PA QL (28 tabs/30 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD CSL
ROZLYTREK	T2	PA QL SP HD CSL
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	T2	
RUBRACA	T2	PA QL SP CSL
RYDAPT	T2	PA QL (224 caps/30 days) SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T3	PA SP HD QL (600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T3	PA SP HD QL (300 tabs/30 days) CSL
SPRYCEL	T2	QL SP HD CSL
STIVARGA	T2	PA QL SP HD CSL
SUTENT	T3	PA QL SP CSL
TABRECTA	T2	PA SP
TAGRISSO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
TALZENNA	T2	PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL
TARCEVA (<i>erlotinib hcl</i>)	T3	PA QL SP HD CSL
TASIGNA	T2	PA QL SP HD CSL
TURALIO	T3	PA QL SP CSL
TYKERB	T2	PA QL SP HD CSL
UKONIQ	T3	SP
VERZENIO	T2	PA QL SP HD CSL
VIKTRAKVI 100 MG CAPSULE	T2	PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL
VIKTRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (300ml/30 days) 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 ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
VIKTRAKVI 25 MG CAPSULE	T2	PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL
VIZIMPRO	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T3	PA QL(120 tabs/30 days)SP HD CSL
XOSPATA	T2	PA SP CSL
XALKORI 200MG, 250MG CAPSULE	T2	PA QL(60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 20MG, 50MG, 150MG PELLETT	T2	PA SP HD CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T2	SP PA
ZYDELIG	T2	PA QL SP HD CSL
ZYKADIA	T2	PA QL (90 tabs-caps/30 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
JEMPERLI 500 MG/10 ML VIAL	T3	PA SP HD
OPDIVO	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T2	PA SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T2	PA QL SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD CSL
TIBSOVO	T2	PA SP CSL
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL
MATULANE	T2	SP CSL
RYLAZE 10 MG/0.5 ML VIAL	T3	PA SP
<i>tretinoin</i>	T1	CSL
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T2	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	SP HD
INTRON A	T2	SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene</i>)	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	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
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM) (cont.)		
<i>tamoxifen</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene</i> (Fareston)	T1	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD CSL
<i>megestrol acetate</i>	T1	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
PANRETIN	T3	PA SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN	T2	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T2	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
<i>ADIPEX-P (phentermine hcl)</i>	T3	PA QL(30 tabs/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 25 mg tablets</i>	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>diethylpropion 75 mg tablets</i>	T1	PA QL (30 tabs/30 days)
LOMAIRA	T1	PA QL (90 tabs/30 days)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T1	PA QL(30 caps/30 days)
QSYMIA	T3	PA QL (30 caps/30 days)
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T3	PA QL (5 pens (15 ml)/30 days)
WEGOVY	T2	PA
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND	T2	
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T3	PA QL (120 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
XENICAL	T3	PA QL (90 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMZY	T2	QL (10 mgs/30 days) SP
ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100MG/5ML SUSP	T2	QL (180 ml/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotan</i>	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa-levodopa er</i>	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	T2	PA QL (300 caps/30 days) SP HD
MIRAPEX ER (<i>pramipexole 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

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (30 units/30 days) SP HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex)	T1	HD
<i>pramipexole er</i> (Mirapex ER)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
REQUIP XL (<i>ropinirole er</i>)	T3	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i> (Requip XL)	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD

INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

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

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

<i>aspirin e.c.</i>	T1	HD PPACA
<i>aspirin-dipyridamole er</i> (Aggrenox)	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>children's aspirin</i> (Bayer Chewable Aspirin)	T1	HD PPACA
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
<i>ecotrin</i>	T1	HD PPACA
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
<i>enteric coated aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>low dose aspirin</i>	T1	HD PPACA
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	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 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.)		
<i>st. joseph aspirin</i>	T1	HD PPACA
ZONTIVITY	T3	PA HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hydrochloride</i> (Agylin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T3	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYMTUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	SP
<i>darunavir 600mg, 800mg tablet</i>	T1	SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T2	SP
DESCOVY	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir-lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> (Trizivir)	T1	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	T3	SP
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine-zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	T3	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, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T2	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
INTELENCE	T3	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	SP
<i>nevirapine er</i>	T1	SP
<i>nevirapine er</i> (Viramune XR)	T1	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T3	SP
VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>)	T3	SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
EMTRIVA	T2	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T3	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T1	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T3	SP
<i>stavudine</i> (Zerit)	T1	SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150MG, 200MG, 250MG TABLET	T2	SP
VIREAD POWDER	T2	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir</i> (Reyataz)	T1	SP
CRIXIVAN	T2	SP
EVOTAZ	T3	SP
<i>fosamprenavir</i> (Lexiva)	T1	SP
INVIRASE	T2	SP
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) 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, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)		
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	QL (56 tabs/274 days) SP
KALETRA 80-20MG/ML SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T3	QL (2ml/day) SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T2	SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir</i>)	T3	SP
<i>lopinavir-ritonavir</i> (Kaletra)	T1	QL (2ml/day) SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T3	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T2	SP
REYATAZ CAPSULES (<i>atazanavir</i>)	T3	SP
REYATAZ POWDER PACKET	T2	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE ER 600MG/3ML VIAL	T2	PA SP PPACA
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	SP
TIVICAY	T2	SP
ANTIRRETROV., NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
ODEFSEY	T2	SP
SYMFI	T2	SP
SYMFI LO	T2	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	QL
LIVTENCITY 200 MG TABLET	T3	PA SP
<i>oseltamivir phosphate</i> (Tamiflu)	T1	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
OSELTAMIVIR 6MG/ML SUSPENSION	T3	QL (180 ml/30 days)
<i>oseltamivir 30mg capsule</i>	T1	QL (20 caps/30 days)
<i>oseltamivir 45mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
<i>oseltamivir 75mg capsule</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T2	QL (112 tabs/30 days) SP HD
RELENZA 5 MG	T3	QL (20 blisters/10 days)
<i>ribavirin (Virazole)</i>	T1	SP HD
<i>rimantadine hcl</i>	T1	
TAMIFLU (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL
<i>valacyclovir (Valtrex)</i>	T1	QL (30 units/30 days)
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	
<i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i>	T1	
XOFLUZA	T3	QL
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200MG/50MG ORAL PELLETT PACKET	T2	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA	T2	PA QL (84 packets/365 days) ST SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (56 tabs/dispense) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir (Baraclude)</i>	T1	SP HD
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	T2	SP
EPIVIR HBV TABLETS (<i>lamivudine hbv</i>)	T3	SP
<i>lamivudine (Epiriv Hbv)</i>	T1	SP
VEMLIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T2	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T2	SP HD
PEGASYS SYRINGE	T2	QL (2ml/21 days) SP HD
PEGASYS VIAL	T2	QL (4ml/21 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C (cont.)		
PEG-INTRON	T3	QL (4 kits/21 days) SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	ST SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T2	PA QL (84 tabs/365 days) SP HD
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T2	
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir</i> (Zovirax)	T1	PA QL
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	PA QL(30 grams/treatment)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
AUVI-Q	T2	QL(2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Auvi-Q)	T1	QL
<i>epinephrine</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
EPIPEN JR. (<i>epinephrine</i>)	T2	QL
SYMJEPI	T2	QL
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	ST HD
<i>galantamine</i>	T1	HD
<i>galantamine er</i> (Razadyne ER)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide er</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE (<i>galantamine hbr</i>)	T3	ST
RAZADYNE ER (<i>galantamine er</i>)	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 PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (cont.)		
<i>rivastigmine</i>	T1	HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS ER	T3	ST
ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine</i> (Evekeo)	T1	
AMPHETAMINE ER 1.25 MG/ML SUSP	T3	ST
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T3	
DEXEDRINE (dextroamphetamine er)	T3	ST
<i>dextroamphetamine</i>	T1	
<i>dextroamphetamine</i> (Zenzedi)	T1	
<i>dextroamphetamine er</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphet er</i> (Adderall XR)	T1	
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	
EVEKEO (amphetamine)	T3	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS (dextroamphetamine/amphetamine)	T3	ST
<i>procentra</i>	T1	
ZENZEDI	T3	
<i>zenzedi</i> (Zenzedi)	T1	

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>midodrine hcl</i>	T1	
----------------------	----	--

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	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 AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T3	HD
guanidine hcl	T1	HD
pilocarpine hcl (Salagen)	T1	HD
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T3	

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

ORLADEYO	T3	PA SP
TAKHZYRO	T2	PA SP ST HD

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA

PALYNZIQ	T2	PA QL (8 syringes/30 days) SP HD
----------	----	----------------------------------

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)

VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS

IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA

VACUNAS CONTRA BACIOS GRAM (-) (NO ENTÉRICOS)

VIVOTIF	T2	
---------	----	--

VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS

BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUARIX	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL	T2	PPACA
FLUMIST	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
VAXCHORA VACCINE	T2	
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL	T2	PPACA
BOOSTRIX	T2	PPACA
DAPTACEL	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE W/DILUENT	T2	PPACA
PRIORIX VIAL	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGERIX-B	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HAVRIX	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T2	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VAQTA	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T2	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T2	PA SP
FABHALTA	T2	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T2	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
GEL-FLOW	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM JMI	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

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)		
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine er (Ranexa)</i>	T1	HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>amiodarone hcl (Pacerone)</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T1	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl er (Rythmol SR)</i>	T1	HD
<i>quinidine</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	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 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		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>cartia xt</i>)	T3	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem 24hr er (la)</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA (<i>matzim la</i>)	T3	HD
<i>cartia xt</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> (Cardizem CD)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (la)</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i>	T1	HD
<i>diltiazem er</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>dilt-xr</i>	T1	HD
<i>felodipine er</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
<i>matzim la</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nifedipine er</i>	T1	HD
<i>nifedipine er</i> (Procardia XL)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T1	HD
NYMALIZE	T3	
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
<i>taztia xt</i> (Tiazac)	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>tiadylt er</i> (Tiazac)	T1	HD
TIAZAC (<i>diltiazem 24hr er</i>)	T3	HD
<i>verapamil er</i> (Calan SR)	T1	HD
<i>verapamil er</i> (Verelan)	T1	HD
<i>verapamil er pm</i> (Verelan PM)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
SOLUCIONES CARDIOPLÉJICAS		
<i>cardioplegic</i> (Plegisol)	T1	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digitek</i> (Lanoxin)	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN (<i>digitek</i>)	T3	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T2	QL (max 30 tabs/30 days)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T2	HD
GONITRO	T3	
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
<i>nitro-bid</i>	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-Dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	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
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
<i>nitro-time</i>	T1	HD

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T2	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
---------	----	-------------------------------

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

REVIATIO (<i>sildenafil</i>)	T3	PA QL SP HD
<i>sildenafil</i> (Revatio)	T1	PA QL SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA
OPSUMIT	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	T2	PA ST QL (120 tabs/30 days) SP HD
TRACLEER 62.5 MG, 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

ORENITRAM ER	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T3	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T3	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T3	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T2	PA ST SP HD
UPTRAVI	T2	PA QL (60 tabs/30 days) SP HD
UPTRAVI TITRATION PACK	T2	PA QL (1 pack/1 time use) SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD

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

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

<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate-benazepril</i> (Lotrel)	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
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
PRESTALIA	T3	HD
TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>)	T3	HD
<i>trandolapril-verapamil</i>	T1	HD
<i>trandolapril-verapamil</i> (Tarka)	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>benazepril hcl-hctz</i> (Lotensin HCT)	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate/hctz</i> (Vaseretic)	T1	HD
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril-hctz</i> (Zestoretic)	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	QL HD
CARDURA XL	T3	QL (30 units/30 days) HD
<i>doxazosin mesylate</i> (Cardura)	T1	QL HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (Exforge HCT)	T1	HD
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (Tribenzor)	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	QL HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	HD
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (Benicar HCT)	T1	HD
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> (Micardis HCT)	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
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (Diovan HCT)</i>	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-olmesartan (Azor)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-valsartan (Exforge)</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine (Twynta)</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>ACCUPRIL (quinapril hcl)</i>	T3	HD
<i>ALTACE (ramipril)</i>	T3	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>fosinopril</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Prinivil)</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN (benazepril hcl)</i>	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>PRINIVIL (lisinopril)</i>	T3	HD
<i>quinapril (Accupril)</i>	T1	HD
<i>ramipril (Altace)</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
<i>VASOTEC (enalapril maleate)</i>	T3	HD
<i>ZESTRIL (lisinopril)</i>	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil (Atacand)</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	
<i>irbesartan (Avapro)</i>	T1	HD
<i>losartan (Cozaar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil (Benicar)</i>	T1	HD
<i>telmisartan (Micardis)</i>	T1	HD
<i>valsartan (Diovan)</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
<i>VECAMYL</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

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSER	T3	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES (<i>clonidine hcl</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS (<i>clonidine</i>)	T3	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 1)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 2)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres-TTS 3)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sorine</i>)	T3	HD
BETAPACE AF (<i>sorine</i>)	T3	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
CORGARD (<i>nadolol</i>)	T3	HD
HEMANGEOL	T3	HD
LOPRESSOR (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl er</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sorine</i>	T1	HD
<i>sorine</i> (Betapace)	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.)		
<i>sotalol</i>	T1	HD
<i>sotalol</i> (Betapace)	T1	HD
<i>sotalol af</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	
<i>atenolol w/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate/hctz</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (Lopressor HCT)	T1	HD
<i>propranolol hcl-hctz</i>	T1	HD
TENORETIC (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	HD
ZIAC (<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	T3	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren</i> (Tekturna)	T1	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT	T2	HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T1	ST HD QL (30 tabs/30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin</i> (Vytorin)	T1	QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvastatin</i> (Caduet)	T1	QL (30 units/30 days) HD
CADUET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA PROTEÍNA SIMILAR A LA ANGIOPOYETINA 3		
EVKKEEZA	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T2	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 (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA	T2	
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
FLOLIPID	T3	ST QL HD
<i>fluvastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>fluvastatin</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
<i>fluvastatin er</i> (Lescol XL)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
LIVALO (<i>pitavastatin calcium</i>)	T3	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>lovastatin</i>	T1	QL HD PPACA
<i>pitavastatin calcium</i> (Livalo)	T1	QL(30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin</i> (Pravachol)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
<i>simvastatin</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>simvastatin</i> (Zocor)	T1	QL (30 units/30 days) HD PPACA
ZYPITAMAG	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine light</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
<i>prevalite</i>	T1	HD
<i>prevalite</i> (Questran Light)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine light</i>)	T3	HD
LIPOTRÓPICOS		
ANTARA	T3	ST HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate</i> (Tricor)	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
LIPOTRÓPICOS (cont.)		
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Trilipix)	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T2	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin er</i> (Niaspan)	T1	HD
NIACOR	T3	HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
<i>rosuvastatin 5mg, 10mg, 20mg, 40mg tab</i> (Crestor)	T1	
TRIGLIDE	T3	ST
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda)	T1	
<i>memantine hcl er</i> (Namenda XR)	T1	HD
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA (<i>memantine hcl</i>)	T3	ST HD
NAMENDA XR	T3	HD

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAG. DE LOS RECEPTORES NMDA-INHIB. DE COLINA

NAMZARIC	T2	ST HD
----------	----	-------

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN 50 MG FILM	T3	
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TEGLUTIK	T3	PA SP
TIGLUTIK	T3	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (210 tabs/30 days)
------------------------	----	--------------------------------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (cont.)		
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (90 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T2	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T2	PA QL(42 tabs/30 days) SP HD
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA CAPSULES	T3	PA ST QL (1 cap/1 day) SP HD
INGREZZA INITIATION PACK	T3	PA ST QL (28 caps/84 days)
<i>tetrabenazine (Xenazine)</i>	T1	PA QL SP HD

XANTINAS

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO	T3	PA SP HD QL (30 tabs/30 days)
AVONEX ADMINISTRATION PACK	T2	PA QL (1 kit/21 days) SP HD
AVONEX PEN	T2	PA QL (1 box/21 days) SP HD
BAFIERTAM	T2	PA ST (120 caps/30 days) SP HD
BETASERON	T2	PA QL (14 kits/23 days) SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer</i>)	T3	PA QL (30 syr/23 days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer</i>)	T3	PA QL (12 ml/23 days) SP HD
<i>fingolimod</i>	T1	PA ST QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>fingolimod hcl (Gilenya)</i>	T1	
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T1	QL (30 syr/23 days) SP HD
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T1	QL (12 ml/23 days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T1	PA QL (30 syr/23 days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)</i>	T1	PA QL (12 ml/23 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T2	PA ST QL (1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PACK	T3	PA QL (10 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PACK	T3	PA QL (4 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PACK	T3	PA QL (5 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PACK	T3	PA QL (6 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PACK	T3	PA QL (7 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PACK	T3	PA QL (8 tabs/dispense) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PACK	T3	PA QL (9 tabs/dispense) SP HD
MAYZENT	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
PLEGRIDY PEN/SYRINGE	T2	PA QL (1 ml/21 days) SP HD
PLEGRIDY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/365 days) SP HD
PONVORY	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T2	PA ST QL (14 tabs/use)
PONVORY 20 MG TABLET	T2	PA ST QL (30 tabs/30 days) SP
REBIF REBIDOSE SYRINGES	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T2	PA ST QL (1 pack/28 days) SP HD
REBIF SYRINGES	T2	PA QL (6 ml/21 days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T2	PA QL (5 ml/21 c) SP HD
VUMERITY STARTER PACK	T2	PA QL (106 c/30 days) SP HD
VUMERITY	T2	PA QL (120 caps/30 days) SP HD
ZEPOSIA	T2	PA QL SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T2	PA QL (37 v/30 days) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T2	PA QL (7 v/7 days) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T2	PA QL (30 caps/30 Days) SP HD

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

AMPYRA ER 10 MG TABLET	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
<i>dalfampridine er (Ampyra)</i>	T1	PA SP HD
FIRDAPSE	T2	PA SP
RUZURGI	T2	PA SP

MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)

ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T2	
------------------------------	----	--

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 QL (1 syr/23 days)
------------------	----	-----------------------

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam (Onfi)</i>	T1	PA HD
<i>clonazepam (Klonopin)</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 EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	HD
<i>diazepam</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam</i> 20 mg rectal gel syst	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	HD
NAYZILAM	T2	PA QL HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T2	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM	T3	HD
BANZEL	T3	PA HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine er</i> (Tegretol XR)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	HD
CELONTIN (<i>methsuximide</i>)	T3	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex</i>)	T3	ST HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex er</i>)	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex</i>)	T3	ST HD
DIACOMIT	T2	PA SP HD
DILANTIN (<i>phenytoin</i>)	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
<i>divalproex er</i> (Depakote ER)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex</i> (Depakote)	T1	HD
<i>epitol</i> (Tegretol)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
FYCOMPA	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	HD
LAMICTAL XR	T3	ST HD
<i>lamotrigine (blue)</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine (green)</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal XR)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine (orange)</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine odt</i> (Lamictal ODT)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra XR)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	ST HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin extended</i>)	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR	T2	ST HD
<i>roweepira</i> (Keppra)	T1	HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	ST HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>subvenite</i> (Lamictal)	T1	HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	HD
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	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 (cont.)		
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg, 50mg, 100mg capsule</i> (Trokendi XR)	T1	ST
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i> (Sabril)	T1	
VIGADRONE	T1	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
<i>vigadrone</i> (Sabril)	T1	PA SP HD
VIMPAT	T2	HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	T2	SP

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 SP HD
-------	----	-------------

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES

PROCRIT	T2	PA SP
RETACRIT	T2	PA SP

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T2	PA QL (2 syr/23 days) SP
LEUKINE	T2	SP
NIVESTYM	T2	PA SP
ZARXIO	T2	PA SP HD
ZIEXTENZO	T2	PA ST QL (2 syr/30 days) SP

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

DOPTELET	T2	PA QL SP HD
PROMACTA	T2	PA SP HD

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)

ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS

ANNOVERA VAGINAL RING	T3	QL (1 ring)
<i>eluryng</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
NUVARING (<i>eluryng</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, IMPLANTABLES		
NEXPLANON	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	QL (1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA	T3	QL (1 ml/68 days)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera)	T1	QL (1 ml/68 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES		
<i>gynol ii</i>	T1	PPACA
TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE	T2	PPACA
<i>vcf</i>	T1	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
<i>afirmelle</i>	T1	HD PPACA
AFTERA (<i>aftera</i>)	T3	QL HD PPACA
<i>altavera</i>	T1	HD PPACA
<i>alyacen</i>	T1	HD PPACA
<i>amethia</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethia lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>amethyst</i>	T1	HD PPACA
<i>apri</i>	T1	HD PPACA
<i>aranelle</i>	T1	HD PPACA
<i>ashlyna</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>aubra</i>	T1	HD PPACA
<i>aubra eq</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>aurovela 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>aurovela fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>aviane</i>	T1	HD PPACA
<i>ayuna</i>	T1	HD PPACA
<i>azurette</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>balziva</i>	T1	HD PPACA
<i>bekyree</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
BEYAZ (<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>)	T3	HD
<i>blisovi 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>blisovi fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>briellyn</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>camila</i>	T1	HD PPACA
<i>camrese</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>camrese lo</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>caziant</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal</i>	T1	HD PPACA
<i>chateal eq</i>	T1	HD PPACA
<i>cryselle</i>	T1	HD PPACA
<i>cyclafem</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred</i>	T1	HD PPACA
<i>cyred eq</i>	T1	HD PPACA
<i>dasetta</i>	T1	HD PPACA
<i>daysee</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>deblitane</i>	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>econtra ez</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>econtra one-step</i> (Plan B One-Step)	T1	QL HD PPACA
<i>elinest</i>	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL HD PPACA
<i>emoquette</i>	T1	HD PPACA
<i>enpresse</i>	T1	HD PPACA
<i>enskyce</i>	T1	HD PPACA
<i>errin</i>	T1	HD PPACA
<i>estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>falmina</i>	T1	HD PPACA
<i>fayosim</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>gianvi</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>hailey</i> (Loestrin)	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>hailey 24 fe</i>	T1	HD PPACA
<i>heather</i>	T1	HD PPACA
<i>incassia</i>	T1	HD PPACA
<i>introvale</i>	T1	HD PPACA
<i>isibloom</i>	T1	HD PPACA
<i>jasmiel (Yaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>jencycla</i>	T1	
<i>jolessa</i>	T1	HD PPACA
<i>juleber</i>	T1	HD PPACA
<i>junel (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>junel fe</i>	T1	HD PPACA
<i>junel fe (Loestrin Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>kaitlib fe (Generess Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>kalliga</i>	T1	HD PPACA
<i>kariva (Mircette)</i>	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-35</i>	T1	HD PPACA
<i>kelnor 1-50</i>	T1	HD PPACA
<i>larin (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>larin fe</i>	T1	HD PPACA
<i>larin fe (Loestrin Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>larissia</i>	T1	HD PPACA
<i>layolis fe (Generess Fe)</i>	T1	HD
<i>leena</i>	T1	HD PPACA
<i>lessina</i>	T1	HD PPACA
<i>levonest</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	T1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (Loseasonique)</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (Quartette)</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (Seasonique)</i>	T1	HD PPACA
<i>levora</i>	T1	HD PPACA
<i>lillow</i>	T1	HD PPACA
<i>loryna (Yaz)</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>low-ogestrel</i>	T1	HD PPACA
<i>lo-zumandimine (Yaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>lutra</i>	T1	HD PPACA
<i>lyza</i>	T1	HD PPACA
<i>marlissa</i>	T1	HD PPACA
<i>melodetta 24 fe (Minastrin 24 Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>microgestin (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>microgestin fe (Loestrin Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>mili</i>	T1	HD PPACA
<i>mono-lynyah</i>	T1	HD PPACA
<i>my choice (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>my way (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>necon</i>	T1	HD PPACA
<i>new day (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>nikki (Yaz)</i>	T1	HD PPACA
<i>nora-be</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone acetate</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin estradiol (Loestrin)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum (Generess Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum (Loestrin Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum (Minastrin 24 Fe)</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-eth estra ferrous fum (Minastrin 24 Fe)</i>	T1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	
<i>norgestrel-ethiny estra</i>	T1	
<i>norlyda</i>	T1	HD PPACA
<i>nortrel</i>	T1	HD PPACA
<i>ocella (Yasmin 28)</i>	T1	HD PPACA
<i>ogestrel</i>	T1	
<i>opcicon one-step (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>option 2 (Plan B One-Step)</i>	T1	QL HD PPACA
<i>orsythia</i>	T1	HD PPACA
ORTHO-NOVUM (<i>alyacen</i>)	T3	
<i>philith</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>pimtreea</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>pirmella</i>	T1	HD PPACA
PLAN B ONE-STEP (<i>aftera</i>)	T2	QL HD PPACA
<i>portia</i>	T1	HD PPACA
<i>previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>reclipsen</i>	T1	HD PPACA
<i>rivelsa</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>setlakin</i>	T1	HD PPACA
<i>sharobel</i>	T1	HD PPACA
<i>simliya</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>simpesse</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>sronyx</i>	T1	HD PPACA
<i>syeda</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
TAKE ACTION (<i>aftera</i>)	T3	QL HD PPACA
<i>tarina fe</i>	T1	HD PPACA
<i>tarina fe</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>tilia fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri femynor</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-legest fe</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>tri-linyah</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-estarylla</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-marzia</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-lo-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-mili</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-previfem</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-sprintec</i>	T1	HD PPACA
<i>trivora</i>	T1	HD PPACA
<i>tri-vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>tulana</i>	T1	HD PPACA
<i>tydemy</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
<i>velivet</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

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>vienva</i>	T1	HD PPACA
<i>viorele</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>vyfemla</i>	T1	HD PPACA
<i>vylibra</i>	T1	HD PPACA
<i>wera</i>	T1	HD PPACA
<i>wymzya fe</i>	T1	HD PPACA
YAZ (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
<i>zarah</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>zovia</i>	T1	HD PPACA
<i>zumandimine</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>xulane</i>	T1	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T3	PPACA
FEMCAP	T2	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T3	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T2	SP
LILETTA	T3	SP
MIRENA	T2	SP
PARAGARD T 380-A	T3	SP
SKYLA	T2	SP
ANTICONCEPTIVOS (Varios)		
PRESERVATIVOS		
FC2 FEMALE CONDOM	T2	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED-DM (<i>bromfed dm</i>)	T3	
<i>bromipheniramin-pseudoephed-dm</i>	T1	
<i>brompheniramine w/pseudoephed</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 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
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine w/dm</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine vc w/codeine</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone-chlorpheniramine</i>	T1	
<i>promethazine w/codeine</i>	T1	
TUSSICAPS	T3	PA
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
Z-TUSS AC	T3	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
<i>hydrocodone compound</i>	T1	
<i>hydrocodone/homatropine</i>	T1	
<i>hydromet</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>guaifenesin dac</i>	T1	
<i>lortuss ex</i>	T1	
<i>virtussin dac</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN AC	T3	
<i>g tussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guaifenesin with codeine</i> (Virtussin Ac)	T1	
<i>guiatussin ac</i> (Virtussin Ac)	T1	
MAR-COF CG	T3	
<i>m-clear wc</i>	T1	
NINJACOF-XG	T3	
<i>virtussin ac</i> (Virtussin Ac)	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 (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH ULTRA TEST STRIPS	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
PRECISION XTRA	T2	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T2	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T3	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	T2	
PROVOCHOLINE	T3	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		
BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2	T2	
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	T2	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	T2	
COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP	T2	
CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST	T2	
ELLUME COVID-19 HOME TEST	T2	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST	T2	
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST	T2	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST	T2	
QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST	T2	
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST	T2	
SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST	T2	
SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA	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

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (cont.)		
VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B	T2	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>bio glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>ful-glo</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
<i>glostrips</i> (Fluor-I-Strip At)	T1	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
JYNARQUE	T3	PA QL SP
SAMSCA 15 MG TABLET	T2	PA QL (30 units/30 days) SP
SAMSCA 30 MG TABLET	T3	PA QL SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T3	HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
FUROSEMIDE	T3	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
<i>torseamide</i>	T1	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
RESECTISOL	T2	
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES DE LA AVP		
JYNARQUE 15mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 30mg tablets	T3	PA QL (120 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 15-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
JYNARQUE 30-15mg tablets (7-day blister packs)	T3	PA QL (56 tabs/28 days) SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	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

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO (cont.)		
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
<i>spironolactone</i>	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Carospir)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
<i>amiloride hcl w/hctz</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
JYNARQUE 45-15mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 60-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
JYNARQUE 90-30mg tablets	T3	PA QL (56 tabs/30 days) SP
<i>spironolact/hctz</i>	T1	HD
<i>spironolactone w/hctz</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene w/hctz</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine hcl</i>	T1	QL HD
<i>olopatadine hcl</i> (Patanase)	T1	QL HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	QL HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T2	ST QL HD
RYALTRIS 665-25MCG SPRAY	T3	ST QL 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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES		
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (15.8 PS)	T3	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY (9.9 PS)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (5.9, 9.9)	T2	
FLONASE SENSIMIST 27.5mcg (9.1, 15.8)	T2	
flunisolide	T1	QL HD
fluticasone propionate	T1	QL HD
mometasone (Nasonex)	T1	QL HD
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (10.8 PS)	T2	
NASACORT ALLERGY 24 hour SPRAY (16.9 PS)	T2	
NASONEX	T3	ST SP
RHINOCORT ALLERGY RELIEF 50mcg NASAL SPRAY	T2	
RHINOCORT AQUA NASAL SPRAY	T2	
XHANCE	T3	ST QL HD
PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
NUMBRINO	T3	HD
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>flac otic oil</i>)	T3	
<i>flac otic oil</i> (Dermotic)	T1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>acetic acid/hydrocortisone</i>	T1	
CORTANE-B (<i>hc pramoxine</i>)	T3	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	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
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA
MIEBO	T2	
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Prolensa)	T1	
DEXTENZA	T3	
DUREZOL	T3	ST
EYSUVIS	T3	PA QL (max 8.3ml/14 days)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac</i> (Acular LS)	T1	
<i>ketorolac</i> (Acular)	T1	
KLARITY-B (BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T3	
LOTEMAX GEL, OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
PRED FORTE (<i>prednisolone</i>)	T3	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA (<i>bromfenac sodium</i>)	T3	
IRRIGACIÓN OCULAR		
<i>balanced salt</i> (BSS)	T1	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	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 (cont.)		
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
<i>altacaine</i>	T1	
ALTAFLUOR BENOX	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine-fluorescein</i>	T1	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn</i>	T1	
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-XE)	T1	HD
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	ST HD
VYZULTA	T3	ST HD
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4 (TROP-PROP-PE-KTRLC)	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		
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	T3	ST HD
ALPHAGAN P 0.15% DROPS (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETOPTIC S	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

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>bimatoprost</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	HD
DORZOLAMIDE HCL	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	T3	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt PF)	T1	HD
<i>dorzolamide-timolol</i> (Cosopt)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
LATANOPROST	T3	HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
<i>miostat</i> (Miostat)	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine</i>	T1	HD
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
<i>homatropaire</i>	T1	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydracyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASC. OFT.		
MACUGEN	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

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
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
LUCENTIS	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS	T3	PA QL HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL HD
XIIDRA	T2	PA QL
VEVYE	T3	PA HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T2	SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T2	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
<i>biolon</i>	T1	SP
AGENTES ENZIMÁTICOS PROTEOLÍTICOS OFTÁLMICOS		
JETREA	T2	
ELEMENTOS DE ASISTENCIA PARA OPERACIÓN OFTALMOLÓGICA		
<i>ocucoat</i> (Cellugel)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T3	
<i>denta 5000 plus</i>	T1	
<i>dentagel</i>	T1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
<i>floritab</i>	T1	PPACA
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sf</i>	T1	
<i>sf 5000 plus</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 (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
<i>sodium fluoride</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	T1	
<i>sodium fluoride enamel protect</i>	T1	
<i>sodium fluoride sensitive</i>	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	T3	
FERAHEME 510 MG/17 ML VIAL	T3	PA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	
<i>dex4 glucose</i>	T1	
GLUCAGEN	T2	QL
GLUCAGON EMERGENCY KIT	T2	QL
<i>gluco burst</i>	T1	
GLUCO SHOT	T3	
<i>glucose</i>	T1	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T3	
GLUCOSE	T3	
<i>glucose bits</i>	T1	
<i>glucose gel</i>	T1	
<i>glutose</i>	T1	
GLUTOSE (<i>gluco burst</i>)	T2	
GVOKE	T2	
GVOKE SYRINGE	T2	QL
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T3	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
<i>relion</i>	T1	
TRUEPLUS	T3	
TRUEPLUS (<i>dex4 glucose</i>)	T3	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T2	
GLUTOL	T2	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
<i>acetate</i>	T1	
AURYXIA	T3	
CALCIUM 667mg	T3	QL (360 tabs/30 days)
<i>kionex</i>	T1	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	QL (90 tabs/30 days)
LOKELMA	T2	QL (30 units/30 days)
PHOSLYRA	T2	
<i>polystyrene sulfonate</i>	T1	
REVELA (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	QL (270 tabs/30 days)
<i>sevelamer hcl 400 mg tablet</i>	T1	
<i>sevelamer hcl 800 mg tablet</i>	T1	
<i>sps</i>	T1	
VELPHORO	T2	QL (120 tabs/20 days)
VELTASSA	T2	ST QL (30 packets/30 days)
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>lugol's</i>	T1	
SSKI	T3	
<i>strong iodine</i>	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T1	PPACA
HEMATOGEN	T3	
TULIVITE	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride</i>	T1	PPACA
<i>fluoritab</i>	T1	PPACA
<i>ludent fluoride</i>	T1	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
<i>chloride</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>chloride</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>chloride</i> (K-Tab ER)	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
REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)		
<i>effe-r-k</i>	T1	
<i>klor-con</i>	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 10)	T1	
<i>klor-con</i> (Klor-Con 8)	T1	
<i>klor-con m</i>	T1	
<i>klor-con m</i> (Klor-Con M15)	T1	
<i>klor-con-ef</i>	T1	
K-TAB	T3	
<i>k-tab</i> (Klor-Con 8)	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>citric acid/sodium citrate</i>	T1	HD
<i>er</i> (Urocit-K)	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROKIT-K (<i>potassium er</i>)	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
LOVAZA (<i>omega-3 acid ethyl esters</i>)	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	PA HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONIACO		
BUPHENYL (<i>phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
<i>enulose</i>	T1	HD
<i>generlac</i>	T1	HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T3	SP PA HD
<i>phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
PHEBURANE	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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONIACO (cont.)		
RAVICTI	T2	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>clidinium w/chlordiazepoxide</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T2	PA QL(84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate w/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant</i>	T1	QL
<i>aprepitant</i> (Emend)	T1	QL
BONJESTA	T3	QL (60 tabs/dispense)
<i>compro</i>	T1	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	QL (720 tabs/365 days)
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i> (Diclegis)	T1	QL (720 tabs/365 days)
EMEND (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T1	
<i>granisetron hcl</i>	T1	QL
<i>ondansetron hcl</i> (Zofran)	T1	QL
<i>ondansetron odt</i>	T1	QL
<i>phenadoz</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	T1	
<i>promethazine 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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>promethegan</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T1	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T2	QL
ZOFRAN (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	QL
ZUPLENZ	T3	QL
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	T1	QL
OMECLAMOX-PAK	T3	QL
TALICIA	T2	QL
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>anaspaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>belladonna-phenobarbital</i> (Donnatal)	T1	HD
DONNATAL (<i>phenohytro</i>)	T3	HD
<i>ed-spaz</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Anaspaz)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>hyosyne</i>	T1	HD
LEVVID (<i>hyoscyamine er</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>ed-spaz</i>)	T3	HD
<i>oscimin</i> (Levsin)	T1	HD
<i>oscimin sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ALCALOIDES DE BELLADONA (cont.)		
<i>oscimin sr</i> (Levbid)	T1	HD
<i>phenohydro</i> (Donnatal)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<i>symax-sl</i> (Levsin-SL)	T1	HD
<i>symax-sr</i> (Levbid)	T1	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T2	PA SP HD
CHOLBAM	T2	PA QL 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
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Rowasa)	T1	
<i>mesalamine</i> (Sfrowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	HD
<i>balsalazide di</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL (<i>balsalazide di</i>)	T3	HD
<i>mesalamine</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Lialda)	T1	HD
<i>mesalamine dr</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine er</i> (Apriso)	T1	HD
PENTASA	T2	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OICALIVA	T2	PA QL (30 units/30 days) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T3	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T2	SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T2	QL (30 units/30 days)
TRULANCE	T2	
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
<i>metoclopramide hcl odt</i>	T1	
MOTEGRITY	T3	QL (30 units/30 days)
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>alophen pills</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisacodyl</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>bisa-lax</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>citroma</i> (Citroma)	T1	
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>clearlax</i> (Miralax)	T1	
<i>constulose</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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>ducodyl</i> (Dulcolax)	T1	
<i>gavilax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>gavilyte-g</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>gavilyte-n</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>gentlelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>glycolax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>healthylax</i> (Miralax)	T1	PPACA
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i> (Kristalose)	T1	
<i>laxaclear</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>laxative peg 3350</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
<i>magnesium</i> (Citroma)	T1	
<i>milk of magnesia</i>	T1	
<i>miralax</i>	T1	PPACA
<i>natura-lax</i> (Miralax)	T1	PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>gavilyte-n</i>)	T3	PPACA
<i>of magnesia</i> (Citroma)	T1	
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Golytely)	T1	PPACA
<i>peg 3350-electrolyte</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>peg-prep</i>	T1	PPACA
<i>polyethylene glycol</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>powderlax</i> (Miralax)	T1	
PREPOPIK	T2	
<i>purelax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>smoothlax</i> (Miralax)	T1	PPACA
<i>trilyte with flavor packets</i> (Nulytely)	T1	PPACA
<i>women's gentle laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Correctol)	T1	PPACA
<i>women's laxative</i> (Dulcolax)	T1	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	T1	
RECTIV	T2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
ENTEREG	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T3	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium 24HR)</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>esomeprazole magnesium (Nexium)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>omeprazole</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole- bicarbonate (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>pantoprazole (Protonix)</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>rabeprazole (Aciphex)</i>	T1	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>anucort-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hemmorex-hc (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Anucort-HC)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T1	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T3	SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM-HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	ST
<i>hc pramoxine (Analpram HC)</i>	T1	
<i>lidocaine-hc</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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES (cont.)		
<i>pramoxine hcl w/hydrocortisone (Analpram Hc)</i>	T1	
PROCORT	T3	

HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)

<i>colocort (Cortenema)</i>	T1	
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
UCERIS	T2	

HORMONAS (Agentes hormonales)

AGENTES ANDROGÉNICOS

ANADROL-50	T3	
ANDRODERM	T2	PA QL (30 units/30 days)
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	PA
FORTESTA (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	
STRIANT	T3	PA QL
<i>testosterone</i>	T1	PA QL
TESTOSTERONE	T3	PA QL
<i>testosterone (Androgel)</i>	T1	PA QL
<i>testosterone (Fortesta)</i>	T1	PA QL
<i>testosterone (Testim)</i>	T1	PA QL
<i>testosterone (Vogelxo)</i>	T1	PA QL
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
VOGELXO (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL
XYOSTED	T2	QL(2 mls/28 days)

HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS

DDAVP SOLUTION	T2	
DDAVP TABLET	T3	
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)		
NOC DURNA	T3	PA QL (30 Units/30 days)
STIMATE	T2	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>covaryx</i>	T1	HD
<i>covaryx h.s.</i>	T1	HD
<i>eemt</i>	T1	HD
<i>eemt hs</i>	T1	HD
<i>estrogen & methyltestosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>amabelz</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (8 patches/21 days) HD
<i>amabelz</i> (Activella)	T1	HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	QL (4 patches/21 days) HD
COMBIPATCH	T2	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
<i>dotti</i> (Alora)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>dotti</i> (Minivelle)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Alora)	T1	QL (8 patches/21 days) HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL (4 patches/21 days) HD
<i>estradiol</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (Activella)	T1	HD
FEMHRT (<i>fyavolv</i>)	T3	HD
<i>fyavolv</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>jinteli</i>	T1	HD
<i>lopreeza</i> (Activella)	T1	
MENOSTAR	T3	QL (4 patches/21 days) HD
<i>mimvey</i> (Activella)	T1	HD
<i>norethindrone-ethin estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
PREFEST	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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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		
<i>budesonide ec</i> (Entocort EC)	T1	
<i>budesonide er</i> (Uceris)	T1	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>decadron</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
DEXONTO	T3	
DEXPAK (<i>dexamethasone</i>)	T3	PA
DXEVO	T3	PA
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hidex</i>	T1	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T1	
MEDROL (<i>methylpred dp</i>)	T3	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylpred dp</i> (Medrol)	T1	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T1	
<i>millipred</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone phos odt</i> (Orapred ODT)	T1	
<i>prednisolone phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone phosphate</i> (Pediapred)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO DR 4MG CAPSULE	T3	PA
UCERIS (<i>budesonide 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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA SV	T2	PA SP HD
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
ZORBTIVE	T3	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
OMNITROPE	T2	PA SP
SEROSTIM	T2	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T2	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
LUPANETA PACK	T2	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T1	
<i>fyremadel</i> (generic to GANIRELIX)	T1	PA ST
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (360 tabs/365 days)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methergine</i>	T1	PA QL
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	PA QL
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T2	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (8 tabs/21 days) HD
<i>danazol</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

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone</i>)	T3	HD
CRINONE 8% GEL	T2	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA DR 20 MG CAPSULE	T3	PA SP QL (56 caps/28 days)
<i>octreotide acetate</i>	T1	SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide</i>)	T3	PA ST SP HD
SIGNIFOR	T2	PA SP HD
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	HD
<i>yuvaferm</i> (Vagifem)	T1	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL	T3	ST QL(3 vials/30 days) SP
NOVAREL	T2	QL(6 vls/30 days) SP
AGENTE HORMONAL PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO		
ENDOMETRIN	T3	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T2	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T2	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin-salmon</i>	T1	HD
MIACALCIN	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

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH PEN	T2	
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T2	PA QL (800 mg/21 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG2 ML SYRINGE	T2	PA QL (600 mg/21 days) SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (2 syr/21 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (2 pens/21 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA	T2	PA QL SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	QL (100 gm/23 days)
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	ST QL (120 grams/30 days)
<i>tacrolimus</i> (Protopic)	T1	QL (100gm/23 days)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	PA SP HD
AZASAN	T3	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>gengraf</i> (Neoral)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS	T3	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolic acid</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	SP HD
NEORAL (<i>cyclosporine modified</i>)	T3	SP HD
PROGRAF CAPSULES (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
PROGRAF GRANULE PACKETS	T2	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</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.)		
SANDIMMUNE CAPSULES (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE SOLUTION	T2	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS 0.25MG, 0.5MG, 0.75 MG TABLETS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD
ZORTRESS 1 MG TABLET	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
ACCU-CHEK	T2	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT PATCH, INSERTER	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT	T3	
DEXCOM G6	T2	QL (3 kits/23 days)
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 units/30 days)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK	T3	
EASY TOUCH	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK	T3	
EASYMAX	T3	
EASYMAX N	T3	
EMBRACE	T3	
EMBRACE EVO	T3	
EMBRACE PRO	T3	
EVENCARE G2	T3	
EVENCARE G3	T3	
EVERSENSE SENSOR-HOLDER	T3	PA QL
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	T3	PA QL
FORA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORACARE	T3	
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE	T2	
FREESTYLE LIBRE 2, 3	T2	PA QL(2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2 kits/21 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GENTLE DRAW	T2	
GLUCOCARD	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	T3	
GUARDIAN SENSOR 3	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
ILET INFUSION KIT-INSET	T2	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T2	
LITE TOUCH	T2	
MEDISENSE	T2	
MICROLET	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T2	
OMNIPOD	T2	
OMNIPOD DASH	T2	QL (15 pods/30 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL(10 crtgs/30 days)
ONE TOUCH DELICA	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.)		
ONE TOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	
ONE TOUCH VERIO	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
T:FLEX	T2	
T:SLIM	T2	
TRUE METRIX	T3	
TRUECONTROL	T3	
ULTI-LANCE	T2	
VGO 20	T2	
VGO 30	T2	
VGO 40	T2	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T2	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LANCETS THIN	T2	
LANCETS ULTRA THIN	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MOBILE LANCETS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ON-THE-GO	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RELION THIN	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
SMARTEST LANCET	T2	
SOFT TOUCH	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK 3 NORMAL	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T2	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
BD NEEDLES	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T3	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
<i>exel huber needle (V-Go 20)</i>	T1	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
FLOW-EZE	T2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	T3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	T3	
HURRICAIN LUER-LOCK	T2	
LITE TOUCH	T3	
MINI TRANSFER PIN	T2	
NOVOFINE	T2	
NOVOTWIST	T2	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)

ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	

AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS

ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER	T2	
AEROCHAMBER PLUS	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMFORTSEAL	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITWETOUGH	T2	
MASK	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
RITEFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
VORTEX	T2	

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

<i>baclofen</i>	T1	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol-aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
CYCLOBENZAPRINE ER	T1	ST
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene</i>)	T3	
<i>dantrolene (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	PA
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
<i>metaxalone (Skelaxin)</i>	T1	
<i>methocarbamol</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

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.)		
NORGESIC FORTE	T3	
<i>orphenadrine</i>	T1	
<i>orphenadrine-aspirin-caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphengesic forte</i> (Norgesic Forte)	T1	
ROBAXIN (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

<i>daily prenatal</i>	T1	PPACA
<i>perry prenatal tablet</i> (Perry Prenatal)	T1	PPACA
<i>prenatal</i>	T1	PPACA
<i>prenatal complete</i>	T1	PPACA
<i>prenatal formula</i>	T1	PPACA
<i>prenatal multi + dha</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vitamin</i>	T1	PPACA
<i>prenavite</i> (Classic Prenatal)	T1	PPACA

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
<i>alprazolam er</i> (Xanax XR)	T1	
<i>alprazolam intensol</i>	T1	
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	HD

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

<i>alprazolam odt</i>	T1	
<i>alprazolam xr</i> (Xanax XR)	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate di</i> (Tranxene T-Tab)	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 (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>diazepam</i> (Valium)	T1	
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
<i>lorazepam intensol</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENET-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE	T2	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	
NARDIL (<i>phenelzine</i>)	T3	
PARNATE (<i>tranylcypromine</i>)	T3	
<i>phenelzine</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T3	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl er</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin SR)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T1	
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T1	
BUPROPION HCL XL	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
FORFIVO XL	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA QL SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	
<i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	
<i>fluoxetine dr</i>	T1	QL ST HD
<i>fluoxetine hcl</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	QL HD
<i>paroxetine er</i> (Paxil CR)	T1	QL HD
<i>paroxetine hcl</i> (Paxil)	T1	ST HD
PAXIL (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	ST QL HD
PAXIL CR (<i>paroxetine cr</i>)	T3	ST QL HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
<i>vilazodone-hctz tablets</i>	T1	QL ST
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 succinate er</i> (Pristiq)	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>duloxetine hcl</i> (Cymbalta)	T1	QL HD
FETZIMA ER TITRATION PACK	T2	ST QL(1 pack/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL HD
<i>venlafaxine hcl er</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX	T3	ST QL (30 units/30 days) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>amitriptyline-perphenazine</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</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 PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN (<i>desipramine hcl</i>)	T3	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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

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

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
APTENSIO XR	T3	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T2	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl er</i> (Focalin XR)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	
<i>methylphenidate er</i>	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er</i> (Ritalin LA)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
<i>methylphenidate hcl cd</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i>	T1	
<i>methylphenidate la</i> (Ritalin La)	T1	
QELBREE ER	T3	ST
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	
RITALIN LA (<i>methylphenidate er (la)</i>)	T3	ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
<i>clozapine odt</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	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 (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	
FANAPT	T3	QL (1 pack/1 time use)
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	QL
INVEGA (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL
<i>olanzapine odt</i> (Zyprexa Zydys)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate er</i> (Seroquel XR)	T1	QL
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	QL
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	QL
<i>risperidone odt</i>	T1	QL
SECUADO	T3	QL
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	QL
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T3	QL (30 units/30 days)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine odt</i>)	T3	QL (30 units/30 days)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
CAPLYTA 10.5MG, 21MG CAPSULE	T3	QL (30 caps/30 days)
VRAYLAR	T3	QL (7 caps/1 time use)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL (30 units/30 days)
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole</i> (Abilify)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i> (Abilify)	T1	
<i>aripiprazole odt</i>	T1	QL
REXULTI	T3	QL (30 units/30 days)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
ADASUVE	T3	
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</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) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil (Nuvigil)</i>	T1	PA QL (30 units/30 days)
SUNOSI	T2	PA QL (30 units/30 days)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ ER	T3	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T2	PA SP HD QL (540 ml/30 days)
XYREM	T2	QL (540 ml/ 30 days) SP HD
XYWAV	T2	QL (540 ml/ 30 days)
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>seconal (Seconal Sodium)</i>	T1	QL (30 units/30 days)
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA QL (30 units/30 days) SP HD
<i>ramelteon (Rozerem)</i>	T1	QL (30 units/30 days)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>estazolam</i>	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</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 (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Silenor)	T1	QL (30 units/30 days)
EDLUAR	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	QL (30 units/30 days)
INTERMEZZO (<i>zolpidem tartrate</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days)
KETAMINE HCL	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (30 units/30 days)
<i>zaleplon</i>	T1	QL
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate</i> (Intermezzo)	T1	QL (30 units/30 days)
<i>zolpidem tartrate er</i> (Ambien CR)	T1	QL (30 units/30 days)
ZOLPIMIST	T3	ST QL
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i> (Oxsoralen-Ultra)	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/30 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
TALTZ	T2	PA QL (1ml/21 days) SP HD
TREMFYA	T2	PA QL SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac</i>	T1	QL ST HD
<i>diclofenac 2% solution pump (Pennsaid)</i>	T1	
FLECTOR	T2	ST QL
VOLTAREN (<i>arthritis pain</i>)	T3	ST QL (500gm/21 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA	T2	ST
ABSORICA LD	T3	
<i>amnestem (Absorica)</i>	T1	
<i>claravis (Absorica)</i>	T1	
<i>isotretinoin (Absorica)</i>	T1	
<i>isotretinoin authorized generics by Sun pharmaceuticals</i>	T1	ST
<i>myorisan (Absorica)</i>	T1	
<i>zenatane (Absorica)</i>	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T3	ST
<i>adapalene-benzoyl peroxide (Epiduo)</i>	T1	
AZELEX	T3	ST
BENZACLIN (<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	ST
<i>clindamycin phos-tretinoin (Veltin)</i>	T1	PA
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide (Acanya)</i>	T1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide (Benzacilin)</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin (Veltin)</i>	T1	
<i>dapsone (Aczone)</i>	T1	
EPIDUO FORTE GEL PUMP	T3	ST
KLARON (<i>sulfacetamide</i>)	T3	ST
<i>neuac</i>	T1	
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T3	ST
ONEXTON	T2	ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS (cont.)		
<i>sulfacetamide</i> (Klaron)	T1	
ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>)	T3	PA ST
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<i>doxepin hcl</i> (Prudoxin)	T1	QL (45 gm/23 days)
<i>prudoxin</i> (Prudoxin)	T1	QL (45 gm/23 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T3	ST QL (90 grams/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene</i> (Dovonex)	T1	QL (120/23 days)
<i>calcitriol</i> (Vectical)	T1	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	QL (120/23 days)
DUOBRII	T3	ST QL (200 gm/23 days)
<i>tazarotene cream</i> (Tazorac)	T1	PA
TAZORAC	T2	PA
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	
VTAMA	T3	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZORYVE	T3	PA ST QL(60 gms/28 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T3	
OVACE (<i>sulfacetamide</i>)	T3	
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i> (Selrx)	T1	
SELRX	T3	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus Wash)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace Plus)	T1	
<i>sulfacetamide</i> (Ovace)	T1	
VTAMA	T3	PA QL
ZORYVE	T3	PA QL (60 grams/21 days)
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGANEX	T2	QL
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	
<i>imiquimod</i> (Aldara)	T1	
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepro</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
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
BENZEPRO (<i>benzeapro</i>)	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
CONDYLOX	T3	ST QL (7 grams/30 days)
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
<i>podofilox 0.5% gel</i>	T1	ST QL(7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzeapro</i>)	T3	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE (<i>pharmabase barrier</i>)	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
EPSOLAY	T3	
FINACEA (<i>azelaic acid</i>)	T3	ST
<i>ivermectin 1% cream</i> (Soolantra)	T1	QL(45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
METROLOTION (<i>metronidazole</i>)	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metro lotion)	T1	
MIRVASO	T2	PA
NORITATE	T3	ST
RHOFADE	T3	PA
ROSADAN	T3	ST
<i>rosadan</i> (Metrocream)	T1	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
TISSEEL VHSD	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
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	ST QL(120 gms/30 days)
ZORYVE	T3	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
HYFTOR 0.2% GEL	T3	PA
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	ST QL (30 units/30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP HP (<i>hydrocortisone</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
<i>apexicon e</i>	T1	
<i>beser</i> (Cutivate)	T1	
<i>betamethasone</i>	T1	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T1	ST
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol e</i>	T1	QL (120gm/23 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T1	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol emulsion</i> (Olux-E)	T1	QL (100 units/23 days)
<i>clobetasol propionate</i>	T1	QL
CLOBEX SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (263ml/23 days)
CLOBEX SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (125ml/23 days)
CLOBEX TOPICAL LOTION (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (118ml/23 days)
<i>clocortolone</i> (Cloderm)	T1	QL
CLODAN	T3	ST
<i>clodan</i> (Clobex)	T1	QL (263ml/23 days)
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	ST QL
CUTIVATE (<i>beser</i>)	T3	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
DESONATE	T3	ST
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	QL (120gm/23 days)
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	QL
<i>fluocinonide-e</i>	T1	QL (120 gm/23 days)
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	QL
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T3	ST
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL (120gm/23 days)
<i>hydrocortisone butyrate</i> (Locoid)	T1	QL (118ml/23 days)
IMPEKLO	T3	ST QL (136 gm/28 days)
IMPOYZ	T3	ST QL (120 gm/23 days)
KENALOG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	ST QL
LEXETTE	T3	ST
<i>mometasone</i>	T1	
<i>nolix</i> (Cordran)	T1	QL
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (100 units/23 days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>procto-med hc</i>	T1	
<i>procto-pak</i>	T1	
<i>proctosol-hc</i>	T1	
<i>proctozone-hc</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
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
PSORCON (<i>diflorasone di</i>)	T3	ST QL (120gm/23 days)
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetone</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST QL (120 gm/23 days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>tovet emollient</i> (Olux-E)	T1	QL (100 units/23 days)
<i>triamcinolone acetone</i>	T1	
<i>triamcinolone acetone</i> (Kenalog)	T1	QL
<i>trianex</i>	T1	
<i>triderm</i>	T1	
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	ST
ULTRAVATE	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM-HC (<i>hc pramoxine</i>)	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST
<i>hc pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine-hc</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine</i>	T1	
<i>iodine</i> (Lugol'S)	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
calcipotriene-betamethasone (Taclonex)	T1	QL (60 gm/23 days)
<i>calcipotriene-betamethasone dp</i> (Taclonex)	T1	QL (60 gm/23 days)
ENSTILAR	T2	QL (60 gm/23 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
ENSTILAR FOAM	T2	QL ST
TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone dp</i>)	T3	QL
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	
AKLIEF	T3	PA ST
ALTRENO	T3	PA
AVITA	T3	PA
<i>avita</i> (Avita)	T1	PA
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
<i>tretinoin</i>	T1	
<i>tretinoin</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin</i> (Avita)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microsphere</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
FABIOR	T3	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICODERM CQ (<i>nicoderm cq</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICODERM CQ (<i>nicotine patch</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicorelief</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE (<i>nicorelief</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICORETTE (<i>nicotine gum</i>)	T2	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i>	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicoderm CQ)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>nicotine gum</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
NICOTROL	T3	QL (180 days supply/365 days)
NICOTROL NS	T3	QL (180 days supply/365 days)
<i>quit 2</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)* (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS) (cont.)		
<i>quit 4</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
<i>stop smoking aid</i> (Nicorette)	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T3	QL (180 Days Supply/365 Days)
<i>varenicline starting month box</i>	T1	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion sr</i>	T1	QL (180 days supply/365 days) PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTIPTIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 90 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T1	HD
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
EUTHYROX (Euthyrox/levothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Euthyrox/levothyroxine)	T1	HD
LEVO-T (Levo-T/levothyroxine)	T1	HD
<i>levothyroxine</i>	T1	HD
<i>levoxyl</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>liothyronine</i> (Cytomel)	T1	HD
<i>nature-throid</i>	T1	
<i>np thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	HD
<i>thyroid</i> (Armour Thyroid)	T1	
<i>unithroid</i> (Euthyrox)	T1	HD
<i>unithroid</i> (Levo-T)	T1	HD
<i>westhroid</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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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 CAPSULE	T3	PA SP
ORKAMBI	T2	PA QL (56 packets/28 days) SP HD
SYMDEKO	T2	PA QL SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T2	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDUCC. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T2	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T2	PA SP QL (56 packets/28 days)
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T2	SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA QL SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA 70 MG TABLET	T3	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE	T2	SP PA QL (28 tabs/30 days)
ZOKINVY	T3	PA QL (max 120 caps/30 days)
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T2	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T2	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
CINRYZE	T2	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T3	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T3	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
RUCONEST	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO 110MG, 150MG CAPSULE	T3	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T2	PA SP HD QL (2 units/28 days)

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS

FLUOROURACIL	T2	
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin</i>	T1	
MESNEX	T2	SP
VISTOGARD 10GM PKT	T2	PA QL(20 pkts/30days) SP

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

<i>chlorhexidine gluconate</i>	T1	
<i>oralone</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T3	
<i>periogard</i>	T1	
<i>triamcinolone acetamide</i>	T1	

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
----------------------------	----	--

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)

CIALIS (<i>tadalafil</i>)	T3	
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL(8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>	T1	
<i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>	T1	
<i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>	T1	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)

AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2

TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	T3	PA
-----------------------------	----	----

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO

PROTHELIAL	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 (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T3	
ORAMAGICRX	T3	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T3	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T2	PA QL (1 pen/21 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen</i>	T1	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T3	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>ibandronate</i>	T1	QL(1 tab/30 days) HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T1	
<i>paricalcitol</i>	T1	SP HD
<i>paricalcitol</i> (Zemplar)	T1	SP HD
RAYALDEE	T3	
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
<i>mifepristone (Mifeprex)</i>	T1	
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T2	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T2	PA SP HD QL (4 syr/28 days)
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram (Antabuse)</i>	T1	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
ESBRIET	T3	PA QL(90 tabs/30 days) SP ST HD
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T1	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<i>pirfenidone 267 mg tablet (Esbriet)</i>	T1	
<i>pirfenidone 801 mg tablet (Esbriet)</i>	T1	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>cryoserv</i>	T1	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T2	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 QL (56 caps/28 days)
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
<i>chloride</i>	T1	
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal</i>	T1	
NEBUSAL	T3	
<i>pulmosal</i>	T1	
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA QL(90 caps/30 days) SP
OPFOLDA	T3	PA QL(8 caps/fill) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK3		
VEOZAH	T2	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T1	QL (30 units/30 days) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY 9.5 MG VIAL	T3	PA
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENFERMEDAD DE POMPE		
NEXVIAZYME 100 MG VIAL	T3	PA
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T2	PA
<i>clovique</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox (3 Times A Day))	T1	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>clovique</i>)	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO 0.4 MG VIAL	T3	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA QL SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T2	PA SP HD
VYNDAQEL	T2	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG CAPSULE	T3	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T3	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T3	PA QL(140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T3	PA QL(84 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T3	PA QL(56 caps/fill) 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
SOLVENTES		
<i>dy-o-derm</i>	T1	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Esclerosis múltiple)		
INHIB. DE ADHESIÓN LEUCOCITARIA, ANTICUERPO MONOCLONAL IGG4K MEDIADO POR ALPHA4		
TYSABRI 300 MG/15 ML VIAL	T2	PA QL (15 mL/30 days) HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CARNITOR (<i>levocarnitine</i>)	T3	
CARNITOR SF (<i>levocarnitine sf</i>)	T3	
CYSTADANE	T2	PA ST SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine sf</i> (Carnitor SF)	T1	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
teriparatide 600 mcg/2.4ml pen (Forteo)	T1	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
FORTEO (teriparatide)	T2	PA QL(1 pens/28 days) SP HD
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (1 tab/23 days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
ACTONEL 5 MG TABLET (<i>risedronate</i>)	T3	ST QL (30 units/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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA (cont.)		
<i>alendronate 10mg tablet</i>	T1	QL (30 units/30 days) HD
<i>alendronate sodium 40mg tablet</i>	T1	HD
<i>alendronate 35mg, 70mg tablets (Fosamax)</i>	T1	QL (4 tabs/ 21 days) HD
<i>alendronate 70 mg/75 ml</i>	T1	QL (4 bottles/21 days) HD
ATELVIA (<i>risedronate dr</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
BINOSTO	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate</i>)	T3	ST QL (4 tabs/21 days) HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T1	HD PPACA
<i>risedronate</i>	T1	QL HD
<i>risedronate dr (Atelvia)</i>	T1	QL (4 tabs/21 days) 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	T2	PA SP HD
--------	----	----------

AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA

SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL (1 pack/30 days) HD
------------------------	----	---------------------------

INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)

BENLYSTA	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
----------	----	---------------------------

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)

INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES

ADBRY 150MG/ML SYRINGE	T2	PA SP
------------------------	----	-------

INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)

LITFULO	T3	PA QL (28 caps/28 days) SP HD
---------	----	-------------------------------

AGENTES CICATRIZANTES LOCALES

FILSUVEZ	T3	SP
----------	----	----

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES

<i>buprenorphine hydrochloride</i>	T1	
<i>buprenorphine-naloxone (Suboxone)</i>	T1	QL
PROBUPHINE	T3	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	QL
ZUBSOLV	T2	QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK 200 MG TABLET	T3	PA QL (30 tabs/30 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl er</i> (Uroxatral)	T1	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	ST HD
<i>sildenafil</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride-tamsulosin</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T3	SP
<i>tiopronin</i>	T1	PA SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPT. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	
MYRBETRIQ	T2	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er</i>	T1	HD
ENABLEX (<i>darifenacin er</i>)	T3	ST
<i>fesoterodine er tablets (generic)</i>	T1	ST
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T1	HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride er</i>)	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL (30 units/30 days) HD
<i>oxybutynin</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride er</i> (Ditropan XL)	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
OXYTROL	T3	ST QL (8 patches/21 days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T1	HD
<i>tolterodine tartrate er</i> (Detrol LA)	T1	HD
TOVIAZ	T3	ST HD
TOVIAZ ER	T3	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	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES		
VISION OPTIMIZER	T3	
BIOFLAVONOIDES		
LIPO FLAVONOID	T3	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T3	
ALIVE MEN'S ENERGY	T3	
ALIVE MEN'S GUMMY	T3	
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	PPACA
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T3	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T3	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	T3	
<i>super b-complex w/vitamin c</i>	T1	PPACA
<i>thera-m caplet</i>	T1	
<i>thera-m tablet</i>	T1	
THERA-M CAPLET	T3	
TRUE MULTIVITAMIN	T3	
VITAJoy ADULT MULTI	T3	
<i>vitamin b complex with c</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

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	T3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T3	
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T3	
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T3	
<i>multivitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>mvc-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	T1	PPACA
<i>vitamins a, c, d & fluoride</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
<i>b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>b complex w-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
B-COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T3	HD
<i>balance b</i>	T1	HD PPACA
<i>balanced b-complex</i>	T1	HD PPACA
<i>dialyvite 800 (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
FOLIKA-BC	T3	HD
<i>foltabs 800</i>	T1	HD PPACA
<i>full spectrum b (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
<i>rena-vite (Nephro-Vite)</i>	T1	HD PPACA
<i>super b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>super b complex-vitamin c</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex & c</i>	T1	HD PPACA
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T1	HD PPACA
VITAJAY BIOTIN	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
VITAMIN B1	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T3	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
<i>cyanocobalamin</i>	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T1	ST QL(4 units/30 days)
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
NASCOBAL (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	T2	ST QL(4 units/30 days)
<i>true vitamin b-12 1000 mcg tab</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
FLEVOXIN	T3	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol (Rocaltrol)</i>	T1	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</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.)		
ROCALTROL (calcitriol)	T3	HD
true vitamin d3 1,250 mcg tab	T1	HD
true vitamin d3 10 mcg capsule	T1	HD
true vitamin d3 10 mcg tablet	T1	HD
true vitamin d3 125 mcg cap	T1	HD
true vitamin d3 125 mcg tablet	T1	HD
true vitamin d3 25 mcg capsule	T1	HD
true vitamin d3 25 mcg tablet	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T3	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
vitamin d2 (Drisdol)	T1	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T3	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
true vitamin e 180 mg capsule	T1	
true vitamin e 90 mg capsule	T1	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	QL
<i>phytonadione</i>	T1	
<i>vitamin k</i>	T1	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T3	
DAVIMET-M	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
CHILDREN'S MULTI	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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

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

Índice de medicamentos

Símbolos

IST TIER UNILET	112
2-IN-1 LANCET	112

A

abacavir	56, 57
abacavir-lamivudine.....	56
ABILIFY.....	125
ABILIFY MYCITE	125
abiraterone acetate	48
ABSORICA	128
ACAM2000	64
acamprosate.....	139
acarbose	42
ACCOLATE	28
ACCRUFER	95
ACCU-CHEK	110, 112
ACCUPRIL.....	70
ACCURETIC.....	69
ACD	38
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	118
acebutolol.....	71
acetaminophen w/butalbital.....	18
acetaminophen w/codeine.....	20
acetate . 37, 48, 50, 53, 65, 75, 80, 83, 91, 96, 103, 106, 107, 108, 144	
acetazolamide.....	88
acetic acid	90, 127
acetylcysteine.....	28
acitretin	127
ACTEMRA.....	109
ACTHIB.....	63
ACTICLATE	34
ACTIGALL	100
acti-lance.....	112
ACTI-LANCE	112
ACTIMMUNE.....	52
ACTIQ	20
ACTIVELLA.....	105
ACTONEL	141
ACTOPLUS MET	43
ACTOS	44
acyclovir.....	58, 59, 60
ACZONE.....	128
ADACEL.....	63
ADALAT	66
ADALIMUMAB	47
ADALIMUMAB-ADBIM.....	47
adapalene.....	128, 134

adapalene-benzoyl peroxide	128
ADASUVE	125
ADBRY	142
adefovir dipivoxil	59
ADEMPAS	68
ADIPEX-P	53
ADLYXIN.....	42
ADRENALIN CHLORIDE	90
adthyza	135
ADVAIR	27
ADVANCED.....	112
ADVOCATE.....	112, 118
ADZENYS.....	61
AEMCOLO.....	34
AEROCHAMBER.....	118
AEROTRACH	118
AEROVENT	118
AFINITOR.....	49
AFINITOR DISPERZ	49
afirmelle	80
AFLURIA.....	63
AFTERA	80
AGRYLIN	56
AIMOVIG.....	14, 18
AIRDUO DIGIHALER	27
AIRSUPRA.....	27
AJOVY	14, 18
AKLIEF	134
ak-poly-bac	29
AKTEN.....	91
ALA-SCALP HP	131
albendazole.....	45
ALBENZA	45
albuterol	26
ALCAINE	92
alclometasone dipropionate.....	131
ALCOHOL.....	46, 141
ALDACTAZIDE.....	89
ALDACTONE.....	88
ALDARA	129
ALECENSA.....	50
alendronate.....	142
alfuzosin	143
ALINIA	54
aliskiren.....	72
ALIVE	144
ALKERAN.....	47

Índice de medicamentos

allopurinol.....	24	ANADROL-50	104
ALLZITAL	18	ANAFRANIL.....	123
almotriptan malate.....	14, 18	anagrelide hydrochloride	56
alophen	101	ANA-LEX.....	103
ALORA.....	105	ANALPRAM-HC	103, 133
alosetron.....	101	ANAPROX DS.....	24
ALPHAGAN	92	anaspaz	99
alprazolam.....	120	anastrozole	48
ALTABAX.....	131	ANCOBON	39
altacaine.....	92	ANDRODERM	104
ALTACE.....	70	ANGELIQ.....	106
ALTAFLUOR BENOX.....	92	ANNOVERA.....	79
altavera.....	80	ANORO ELLIPTA.....	26
ALTERNATE.....	112	ANTABUSE.....	139
ALTRENO.....	134	ANTARA	73
ALUNBRIG.....	50	ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	38
ALVESCO.....	27	anucort-hc.....	103
alyacen	80, 83	apap-caffeine-dihydrocodeine	20
amabelz	105	apexicon e.....	131
AMARYL	43	apraclonidine.....	92
ambrisentan.....	68	aprepitant.....	98
amcinonide.....	131	APRETUDE.....	58
AMERGE.....	18	apri	80
amethia	80	APRISO	100
amethyst	80	APTENSIO	124
AMICAR	64	APTIOM.....	77
amiloride.....	88, 89	APTIVUS.....	56
aminoacetic acid.....	46	AQUORAL	138
aminocaproic acid.....	64	ARAKODA.....	45
amiodarone	65	ARAKODA 100mg tablets.....	45
amitriptyline.....	122	aranelle	80
amitriptyline/chlordiazepoxide.....	122	ARAVA.....	23
amitriptyline-perphenazine.....	122	ARCALYST	142
amlodipine-atorvastatin.....	72	ARCAPTA NEOHALER	26
amlodipine besylate.....	66, 68	AREXVY.....	64
amlodipine-olmesartan.....	70	ARICEPT	60
amlodipine-valsartan.....	69, 70	ARIDOL	87
amlodipine-valsartan-hctz.....	69	ARIKAYCE	30
amnesteem.....	128	aripiprazole.....	125
amoxapine	122	ARIXTRA.....	38
amoxicillin	34, 45	armodafinil.....	126
amoxicillin-clavulanate potass.....	34	ARNUIITY ELLIPTA.....	27
amoxicillin-clavulanate pot er.....	34	AROMASIN	48
amphetamine	61	ARRANON.....	48
AMPHETAMINE ER	61	ARTHROTEC	24
ampicillin trihydrate.....	34	ARTISS.....	130
AMPYRA	76	ARYMO ER.....	20
AMZEEQ.....	36	asa-butalb-caff-cod.....	22

Índice de medicamentos

ASACOL.....	100	bacitracin/polymyxin.....	29, 30
ascomp with codeine.....	22	baclofen.....	119
ashlyna.....	80	BACTRIM.....	30
ASMANEX.....	27	BAFIERTAM.....	75
aspirin.....	18, 20, 22, 55, 56, 119, 120	balance b.....	145
ASSURE.....	112	balanced b-complex.....	145
ASTAGRAF.....	109	balanced salt.....	91
atazanavir.....	57, 58	balsalazide di.....	100
ATELVIA.....	142	BALVERSA.....	50
atenolol.....	71, 72	balziva.....	80
ATIVAN.....	120	BANZEL.....	77
atomoxetine.....	124	BAQSIMI.....	95
atorvastatin.....	72, 73	BARACLUDE.....	59
atovaquone.....	45, 46	BASAGLAR.....	44
atovaquone-proguanil.....	45, 46	BAXDELA.....	34
atropine.....	93, 98	b complex.....	144, 145
ATROVENT HFA.....	26	B-COMPLEX.....	145
AUBAGIO.....	75	b complex w-vitamin c.....	144, 145
aubra.....	80	BD.....	87, 112, 117
AUGMENTIN.....	34	BD VERITOR SYSTEM SARS-COV[1]2.....	87
aurovela.....	80	bekyree.....	80
AURYXIA.....	96	BELBUCA.....	21
AUSTEDO.....	74, 75	belladonna & opium.....	21
AVANDIA.....	44	belladonna-phenobarbital.....	99
avar.....	37	BELSOMRA.....	127
AVAR.....	37	benazepril.....	68, 69, 70
aviane.....	80	BENLYSTA.....	142
avidoxy.....	34	BENZACLIN.....	128
AVIDOXY DK.....	35	BENZAMYCIN.....	36
avita.....	134	benzebro.....	129, 130
AVITA.....	134	BENZEPRO.....	130
AVITENE.....	64, 65	BENZNIDAZOLE.....	46
AVONEX.....	75	benzonatate.....	85
AYGESTIN.....	108	benzoyl peroxide.....	36, 37, 128, 130
ayuna.....	80	benzphetamine hcl.....	53
AYVAKIT.....	50	benztropine mesylate.....	54
AZASAN.....	109	beser.....	131
AZASITE.....	29	BETADINE.....	91
azathioprine.....	109	betamethasone.....	40, 131, 132, 133, 134
azelaic acid.....	130	BETAPACE.....	71
azelastine.....	41, 89	BETASERON.....	75
AZELEX.....	128	betaxolol.....	71, 92
azithromycin.....	33	bethanechol chloride.....	61, 62
AZULFIDINE.....	100	BETHKIS.....	30
azurette.....	80	BETOPTIC.....	92
B		BEVYXXA.....	38
bacitracin.....	29, 30	bexarotene.....	47

Índice de medicamentos

BEXSERO.....	62	bumetanide	88
BEYAZ	80	BUPHENYL	97
bicalutamide.....	48	buprenorphine	21, 142
BIKTARVY	58	bupropion	121, 135
BILTRICIDE.....	45	BUPROPION	121
bimatoprost	93	buspirone	121
BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST.....	87	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14
BINAXNOW COVID-19 AG CARD	87	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST.....	87	butalb/acetaminophen/caffeine.....	14
BINOSTO	142	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14
bio glo	88	butalbital/acetaminophen.....	14
biolon.....	94	butalbital/apap/caffeine.....	18
bisacodyl.....	101	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14
bisa-lax.....	101	butalbital-asp-caffeine	18
bisoprolol fumarate.....	71, 72	butalbital/caff/apap/codeine.....	22
BLEPH-IO	29	butalbital compound w/codeine.....	22
BLEPHAMIDE.....	29	butorphanol tartrate.....	21
BLEPHAMIDE S.O.P.....	29	BUTTERFLY	113
blisovi.....	80	BYDUREON.....	42
BLOOD.....	64, 65, 87, 112	BYETTA	42
BOCASAL	138	C	
BONJESTA.....	98	cabergoline	107
BOOSTRIX.....	63	CABLIVI.....	64
bosentan.....	68	CABOMETRYX.....	50
BOSULIF	50	CADUET	72
BREO ELLIPTA.....	27	CAFERGOT	14, 18
BREXAFEMME.....	39	caffeine d.....	75
BREYANZI	49	CALAN	66
breynga.....	27	calcipotriene.....	129, 133, 134
briellyn	80	calcitonin-salmon	108
BRILINTA.....	55	calcitriol.....	129, 146, 147
brimonidine	92, 93	CALCIUM.....	65, 96
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE.....	93	CALQUENCE	50
BRIVIACT	77	CAMBIA	18
BROMFED-DM	85	camila	81
bromfenac.....	91	camrese.....	81
bromipheniramin-pseudoephed-dm	85	CAMZYOS.....	66
bromocriptine mesylate	55	candesartan cilexetil.....	70
brompheniramine w/pseudoephed.....	85	candesartan-hydrochlorothiazid	69
BRONCHITOL.....	136	CAPCOF	86
BROVANA.....	26	capecitabine.....	48
BRUKINSA.....	50	CAPEX SHAMPOO.....	131
BRYHALI.....	131	CAPHOSOL.....	138
budesonide	27, 106	CAPLYTA.....	125
budesonide-formoterol	27	CAPRELSA	50
buffered aspirin	18	captopril	69, 70
bufferin	18	captopril/hydrochlorothiazide.....	69
BULLSEYE.....	112	CARBAGLU.....	139

Índice de medicamentos

carbamazepine.....	77, 78	chateal.....	81
CARBATROL.....	77	CHEMET.....	140
carbidopa.....	54, 55	CHENODAL.....	100
carbidopa/levodopa.....	54	CHILDREN'S.....	147
carbidopa-levodopa-entacapone.....	54, 55	children's aspirin.....	55
carbidopa-levodopa er.....	54	chlordiazepoxide.....	98, 120, 122
carbinoxamine.....	41	chlorhexidine gluconate.....	137
cardioplegic.....	67	chloride.....	61, 62, 96, 139, 143, 144
CARDIZEM.....	66	chloroquine.....	45
CARDURA.....	69	chlorpromazine.....	126
CAREONE.....	113	chlorthalidone.....	72, 89
CAREPOINT.....	117	chlorzoxazone.....	119
CARESENS.....	113, 118	CHOLBAM.....	100
CARETOUCH.....	113, 118	cholestyramine.....	73
carisoprodol.....	22, 119, 120	choline mag trisalicylate.....	18
carisoprodol-aspirin.....	22, 119	choline salicyl/mag salicylate.....	14
carisoprodol-aspirin-codeine.....	22	CHORIONIC GONAD.....	108
CARNITOR.....	141	CIALIS.....	137
CAROSPIR.....	88	ciclodan.....	40
carteolol.....	93	CICLODAN.....	46
cartia.....	66	ciclopirox.....	40, 46
CASODEX.....	48	cilostazol.....	55
CATAPRES.....	71	CILOXAN.....	29
CAYA CONTOURED.....	85	CIMDUO.....	56
CAYSTON.....	32	cimetidine.....	101
caziant.....	81	cinacalcet hcl.....	138
cefaclor.....	32	CINRYZE.....	136
cefadroxil.....	32	CIPRO.....	34
cefdinir.....	32	CIPRODEX.....	28
cefditoren pivoxil.....	32	ciprofloxacin hcl.....	28, 29, 34
cefixime.....	32	citric acid/sodium citrate.....	97
cefpodoxime proxetil.....	33	citroma.....	101
cefprozil.....	32	claravis.....	128
ceftriaxone.....	33	CLARINEX.....	41
cefuroxime axetil.....	32	CLARINEX-D.....	41
celecoxib.....	25	clarithromycin.....	33
CELLCEPT.....	109	clarithromycin er.....	33
CELONTIN.....	77	clearlax.....	101
CENTANY.....	36	clemastine fumarate.....	41
CENTRUM.....	144, 147	CLEOCIN HCL.....	33
CEQUA.....	94	CLEOCIN PALMITATE.....	33
CEQUR SIMPLICITY.....	110	CLEOCIN PHOSPHATE.....	35
CERDELGA.....	139	CLEOCIN T.....	36
CERVIDIL.....	107	CLEVER.....	113, 118
CETACAINE ANESTHETIC.....	23	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER.....	118
cetorelix acetate.....	107	clidinium w/chlordiazepoxide.....	98
cevimeline.....	61, 62	CLIMARA.....	105
CHANTIX.....	135	clindacin.....	36

Índice de medicamentos

CLINDACIN	36	COMFORT	113, 115, 116, 117, 119
clindamycin.....	33, 35, 36, 37, 128, 129	COMFORTSEAL	118
clindamycin hcl.....	33	COMPACT SPACE CHAMBER.....	118
clindamycin palmitate hcl	33	compro.....	98
clindamycin pediatric.....	33	COMTAN.....	54
clindamycin phosphate.....	35, 36, 37	CONDYLOX	130
clindamycin/tretinoin.....	128	CONSENSI.....	65
CLINDESSE.....	35	constulose	101
CLINPRO 5000	94	CONTOUR.....	110
clobazam	76, 77	CONTRAVE.....	53
clobetasol.....	131, 132, 133	CONZIP	21
clobetasol propionate	131, 132, 133	COPAXONE	75
CLOBEX	131	COPIKTRA	50
clocortolone.....	131	CORDRAN.....	131
clodan	131	coremino	35
CLODAN	131	CORGARD.....	71
CLODERM.....	131	CORTANE-B.....	90
clomipramine	123	CORTEF	106
clonazepam.....	76, 77	CORTENEMA	104
clonidine.....	71, 123	cortisone acetate	106
clopidogrel	55	CORTISPORIN.....	28, 36
clorazepate di.....	120	CORTISPORIN-TC	28
clotrimazole.....	39, 40	COTELLIC	49
clovique	140	COTEMPLA	124
clozapine.....	124, 125	COUMADIN.....	38
CLOZAPINE.....	124	covaryx	105
CLOZARIL	125	COVID19 SPECIMEN COLLECT NCPDP	87
COAGUCHEK.....	113	CREON.....	103
COARTEM	46	CRESEMBA	39
COCAINE.....	90	CRINONE	108
codeine.....	20, 21, 22, 86	CRIXIVAN.....	57
CODITUSSIN AC	86	cromolyn	23, 28, 92
CODITUSSIN DAC.....	86	crotan.....	54
COLAZAL	100	CRRT TRISODIUM CITRATE.....	38
colchicine	24, 25	cryoserv.....	139
colesevelam.....	73	cryselle	81
COLESTID.....	73	CUROSURF	136
colestipol	73	CUTIVATE.....	131
colocort	104	CUVPOSA	98
COLOR.....	113	cvs.....	146
COLY-MYCIN S	28	CVS	87, 145, 146
COMBIGAN.....	93	CVS COVID19 TEST BY PHARMACIST	87
COMBIPATCH	105	cyanocobalamin	146
COMBIVENT	27	cyclafem	81
COMBIVENT RESPIMAT.....	27	cyclobenzaprine	119
COMBIVIR.....	56	CYCLOBENZAPRINE ER.....	119
COMETRIQ.....	50	CYCLOGYL.....	93

Índice de medicamentos

CYCLOMYDRIL.....	93	DEPO-PROVERA	80
cyclopentolate hcl.....	93	DEPO-SUBQ PROVERA.....	80
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	93	DEPO-TESTOSTERONE.....	104
cyclophosphamide.....	47	DERMA-SMOOTH-ES.....	131
CYCLOSERINE.....	32	DERMOTIC	90
CYCLOSET	42	DESCOVY	56
cyclosporine.....	109, 110	desflurane.....	22
CYCLOSPORINE IN KLARITY.....	94	desipramine	123
CYLTEZO	47	desloratadine	41
cyproheptadine hcl.....	41	desmopressin	104
cyred.....	81	desogestrel-ethinyl estradiol.....	81
CYSTADANE.....	141	desogestr-eth estrad eth estra.....	81
CYSTAGON.....	143	DESONATE.....	132
CYSTARAN.....	94	desonide.....	132, 133
CYTOTEC.....	99	DESOWEN.....	132
D		desoximetasone.....	132, 133
dabigatran.....	38	DESOXYN.....	61
daily prenatal.....	120	desvenlafaxine succinate	122
dalfampridine	76	dex4 glucose.....	95
danazol.....	107	dexamethasone.....	28, 29, 106
DANTRIUM.....	119	dexchlorpheniramine maleate.....	41
dantrolene.....	119	DEXCOM.....	110
dapsone.....	32, 128	DEXEDRINE.....	61
DAPTACEL	63	dexlansoprazole.....	103
DARAPRIM.....	46	dexmethylphenidate.....	124
darifenacin	143	DEXONTO.....	106
darunavir.....	56	DEXPAK.....	106
dasetta.....	81	DEXTENZA	91
DAURISMO.....	49	dextroamphetamine	61
DAVIMET-M	147	D.H.E.45.....	19
DAYPRO.....	24	DIACOMIT	77
daysee	81	dialyvite.....	145
DAYTRANA.....	124	DIASTAT	77
DDAVP.....	104	DIASTIX REAGENT	87
DDAVP SOLUTION	104	diazepam.....	77, 121
deblitane	81	DIBENZYLINE.....	61
decadron.....	106	DICLEGIS	98
deferasirox.....	140	diclofenac.....	19, 24, 128
deferiprone.....	140	diclofenac -misoprostol.....	24
DELESTROGEN	105	dicloxacillin.....	34
demeclocycline hcl.....	35	dicyclomine hcl.....	98
DEMSER.....	71	didanosine.....	57
DENAVIR.....	60	diethylpropion	53
denta 5000 plus.....	94	DIFFERIN	134
dentagel	94	DIFICID.....	33
DEPAKOTE	77	diflorasone diacetate.....	132
DEPEN	23	DIFLUCAN.....	39
DEPO-ESTRADIOL.....	105	diflunisal.....	14, 18

Índice de medicamentos

digitek.....	67	DUOPA.....	54
digoxin.....	67	DUPIXENT.....	109
dihydroergotamine.....	14	DUPIXENT 100MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE.....	109
dihydroergotamine mesylate.....	19	DUREZOL.....	91
DILANTIN.....	77	dutasteride.....	143
DILATRATE-SR.....	67	dvorah.....	20
DILAUDID.....	21	DXEVO.....	106
diltiazem.....	66, 67	DYAZIDE.....	89
dilt-xr.....	66	DYMISTA.....	89
diphenoxylate w/atropine.....	98	dy-o-derm.....	141
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	63	DYRENIUM.....	89
DIPROLENE.....	132	E	
dipyridamole.....	55	EASIVENT.....	118
diskets.....	21	EASY.....	110, 113
disopyramide phosphate.....	65	EASYMAX.....	110
disulfiram.....	139	EC-NAPROSYN.....	24
DITROPAN.....	143	econazole nitrate.....	40
DIURIL.....	89	econtra ez.....	81
divalproex.....	77	econtra one-step.....	81
dofetilide.....	65	ecotrin.....	18, 55
DOLOPHINE HCL.....	21	ecpirin.....	18
donepezil.....	60	EDECIN.....	88
DONNATAL.....	99	EDLUAR.....	127
DOPTELET.....	79	ed-spaz.....	99
dorzolamide.....	92, 93	EDURANT.....	57
DORZOLAMIDE.....	92, 93	eemt.....	105
dotti.....	105	e.e.s.....	33
DOVATO.....	56	E.E.S.....	33
DOVONEX.....	129	efavirenz.....	57
doxazosin mesylate.....	69	effer-k.....	97
doxepin.....	123, 127, 129	EFFIENT.....	55
doxercalciferol.....	138	EGRIFTA.....	107
doxycycline hyclate.....	34, 35, 137	ELEPSIA.....	77
doxycycline monohydrate.....	35	eletriptan hbr.....	19
doxylamine.....	98	eletriptan hydrobromide.....	14
doxylamine succ-pyridoxine hcl.....	98	ELIMITE.....	54
DRISDOL.....	146	elinest.....	81
dronabinol.....	98	ELIQUIS.....	38
DROPLET.....	113	ELIXOPHYLLIN.....	28
drospirenone-eth estra-levomef.....	80, 81	ELLA.....	81
drospirenone-ethinyl estradiol.....	81, 85	ELLUME COVID-19 HOME TEST.....	87
DROXIA.....	64	ELMIRON.....	22
DUAVEE.....	106	eluryng.....	79
ducodyl.....	102	EMBRACE.....	110, 113
DUETACT.....	43	EMCYT.....	53
DUEXIS.....	24	EMEND.....	98
DULERA.....	27	EMGALITY.....	14, 19, 76
duloxetine.....	122	emoquette.....	81
DUOBRII.....	129	Empaveli.....	64

Índice de medicamentos

EMSAM	121	ERLEADA	48
EMTRIVA	57	erlotinib hcl.....	50, 51
EMVERM.....	45	ERMEZA	135
ENABLEX.....	143	errin.....	81
enalapril maleate.....	69, 70	ERTACZO	40
enalapril maleate/hctz.....	69	ery.....	33, 36
ENBREL.....	47	erygel.....	36
ENDO-AVITENE.....	64	ERYPED	33
endocet	20	ery-tab	33
ENDOMETRIN.....	108	erythrocin stearate.....	33
ENFAMIL.....	96	erythromycin.....	29, 33, 36, 37
ENGERIX-B.....	64	erythromycin ethylsuccinate.....	33
ENHERTU.....	52	erythromycin stearate.....	33
enoxaparin	38	ESBRIET	139
enpresse	81	escitalopram oxalate	122
enskyce	81	ESGIC	14, 18
ENSTILAR.....	133	ESKATA	129
ENSTILAR FOAM	134	ESOMEPRAZOLE.....	103
entacapone	54, 55	esomeprazole magnesium	103
entecavir.....	59	estarylla	81, 84
ENTEREG	103	estazolam.....	126
enteric coated aspirin.....	55	ESTRACE	105
ENTOCORT EC.....	106	estradiol.....	79, 81, 82, 83, 85, 105, 108
ENTRESTO.....	69	estradiol/norethindrone	105
ENTYVIO.....	101	estrogen & methyltestosterone.....	105
enulose.....	97	eszopiclone.....	127
ENZOCLEAR	130	ethacrynic acid	88
EPCLUSA.....	59	ethambutol hcl.....	32
EPIDIOLEX.....	77	ethosuximide.....	77, 79
EPIDUO FORTE GEL PUMP.....	128	ethynodiol-ethinyl estradiol.....	81
EPIFOAM	133	etodolac.....	24, 25
epinastine	42	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	79
epinephrine.....	60	etoposide	52
EPIPEN.....	60	EUCRISA	131
EPISIL.....	138	EUTHYROX.....	135
epitol.....	77	EVEKEO.....	61
EPIVIR.....	57, 59	EVENCARE.....	110
eplerenone.....	89	everolimus	49, 110
eprosartan mesylate.....	70	EVERSENSE.....	110
EPSOLAY	130	EVISTA.....	142
EPZICOM	56	EVKEEZA	72
eql.....	146	EVOCLIN	37
EQUETRO	121	EVOTAZ.....	57
ergoloid mesylates.....	72	EVOXAC.....	62
ERGOMAR.....	19	EXEL.....	117
ergotamine-caffeine	19	EXELDERM.....	40
ergotamine tartrate/caffeine	14	exel huber.....	117
ERIVEDGE.....	49	EXEL HUBER.....	117
		EXELON.....	60

Índice de medicamentos

exemestane.....	48	finasteride.....	143
EXKIVITY.....	50	FINE.....	114
EXSERVAN.....	74	FINGERSTIX.....	114
EXTINA.....	40	finngolimod.....	75
EYSUVIS.....	91	FIORICET.....	14, 18, 22
EZ.....	113	FIORINAL.....	14, 18, 22
ezetimibe.....	72, 73	FIORINAL W/CODEINE.....	22
ezetimibe-atorvastatin.....	72	FIRDAPSE.....	76
ezetimibe-simvastatin.....	72	FIRMAGON.....	50
F		flac otic oil.....	90
FABHALTA.....	64	FLAGYL.....	31
FABIOR.....	134	flavoxate.....	143
falmina.....	81	flecainide acetate.....	65
famciclovir.....	58	FLECTOR.....	128
famotidine.....	101	FLEVOXIN.....	146
FANAPT.....	125	FLEXICHAMBER.....	118
FARESTON.....	52	FLINTSTONES.....	145
FARXIGA.....	42	FLOLIPID.....	73
FARYDAK.....	47	FLOMAX.....	143
FASENRA PEN.....	27	FLONASE.....	90
fayosim.....	81	FLOVENT.....	27
FC2 FEMALE CONDOM.....	85	FLOW-EZE.....	118
febuxostat.....	24	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	87
felbamate.....	77	FLUAD.....	63
FELBATOL.....	77	FLUARIX.....	63
FELDENE.....	24	FLUBLOK.....	63
felodipine.....	66	FLUCELVAX.....	63
FEMARA.....	49	fluconazole.....	39
FEMCAP.....	85	flucytosine.....	39
FEMHRT.....	105	fludrocortisone acetate.....	107
fem ph.....	45	FLULAVAL.....	63
femynor.....	81, 84	FLUMIST.....	63
fenofibrate.....	73, 74	flunisolide.....	90
fenofibric acid.....	74	fluocinolone acetonide.....	90, 131, 132, 133
FENOGLIDE.....	74	fluocinolone acetonide oil.....	90
fenopofen.....	24, 25	fluocinonide.....	132
FENORTHO.....	24	fluoride.....	96, 145
fentanyl.....	20, 21	FLUORIDEX.....	94
FERAHEME.....	95	fluoritab.....	94, 96
FERRIPROX.....	140	fluorometholone.....	91
ferrous.....	96	FLUOROURACIL.....	137
fesoterodine.....	143	fluoxetine.....	122, 126
FETZIMA.....	122	fluphenazine.....	126
FEXMID.....	119	flurandrenolide.....	132
FIBRICOR.....	74	flurazepam.....	126
FIFTY50.....	114	flurbiprofen.....	24, 91
FILSUVEZ.....	142	flutamide.....	48
FILTER.....	117	fluticasone propionate.....	90, 132
FINACEA.....	130	fluticasone-salmeterol.....	27

Índice de medicamentos

fluvastatin.....	73	gavilyte-g.....	102
fluvoxamine maleate.....	122	gavilyte-n.....	102
FLUZONE.....	63	GAVRETO.....	50
FML.....	91	GELCLAIR.....	138
folic acid.....	144	GELFILM.....	92, 141
FOLIKA-BC.....	145	GEL-FLOW.....	64
foltabs.....	145	GELFOAM.....	64
fondaparinux.....	38	GELNIQUE.....	143
FORA.....	87, 110, 111, 114	gemfibrozil.....	74
FORACARE.....	111, 114	GEMTESA.....	143
FORA GTEL KETONE.....	87	generlac.....	97
forane.....	22	gengraf.....	109
FORFIVO.....	121	GENOTROPIN.....	107
FORTAMET.....	42	gentak.....	29
FORTEO.....	138	gentamicin.....	29, 30, 37
FORTESTA.....	104	GENTLE DRAW.....	111
FORTISCARE.....	111	gentlelax.....	102
FOSAMAX.....	141, 142	gentle laxative.....	102
fosamprenavir.....	57, 58	GENVOYA.....	58
fosaprepitant dimeglumine.....	98	GEODON.....	125
fosfomycin.....	31	gianvi.....	81
fosinopril.....	69, 70	GILOTRIF.....	50
fosinopril-hydrochlorothiazide.....	69	glatiramer acetate.....	75
FRAGMIN.....	38	glatopa.....	75
FREESTYLE.....	87, 111, 114	GLEOSTINE.....	47
frovatriptan succinate.....	19	glimepiride.....	43
ft.....	146	glipizide.....	43, 44
FT.....	141	GLOPERBA.....	24
ful-glo.....	88	glostrips.....	88
full spectrum b.....	145	GLUCAGEN.....	87, 95
FULPHILA.....	79	GLUCAGON.....	95
furosemide.....	88	GLUCO.....	95
FUROSEMIDE.....	88	gluco burst.....	95
FUZEON.....	57	GLUCOCARD.....	111
fyavolv.....	105	GLUCOCOM.....	111, 114
FYCOMPA.....	78	glucose.....	95
fyremadel.....	107	GLUCOSE.....	95, 111
G		GLUCOTROL.....	43
gabapentin.....	76, 78	GLUTOL.....	96
GABITRIL.....	78	glutose.....	95
GALAFOLD.....	140	GLUTOSE.....	95
galantamine.....	60	glyburide.....	43, 44
GALZIN.....	140	GLYCATE.....	98
GARDASIL 9.....	64	glycine.....	46
GASTROCROM.....	23	glycolax.....	102
gatifloxacin.....	29, 30	glycopyrrolate.....	98
GATTEX.....	103	glydo.....	22
gavilax.....	102	GLYNASE.....	43

Índice de medicamentos

GLYSET	42	HIPREX	31
GLYXAMBI	43	HISTEX-AC	86
gnp.....	146	homatropaire.....	93
GOJJI	114	HORIZANT	75
GONITRO	67	HUMALOG	44
GOPRELTO	90	HUMIRA.....	47
GRALISE.....	76	HUMIRA 80MG/0.8ML PENS - PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS STARTER PACK	47
granisetron.....	98	HUMULIN.....	44
GRASTEK	62	HURRICAIN LUER-LOCK	118
griseofulvin.....	39	HYCANTIN.....	49
GS	46	hydralazine.....	71
g tussin ac	86	HYDREA.....	48
guaifenesin ac.....	86	hydrochlorothiazide	69, 70, 71, 72, 89
guaifenesin dac.....	86	hydrocodone bitartrate.....	21
guaifenesin with codeine.....	86	hydrocodone bit-ibuprofen.....	20
guanfacine.....	71, 123	hydrocodone-chlorpheniramine.....	86
guanidine	62	hydrocodone compound	86
GUARDIAN.....	III	hydrocodone/homatropine.....	86
guiatussin ac.....	86	hydrocodone w/acetaminophen	20
GVOKE.....	95	hydrocortisone	90, 103, 104, 106, 131, 132
GYNAZOLE	39	hydrocortisone acetate.....	103
gynol	80	hydrogen peroxide.....	127
H		hydromet	86
HAEGARDA.....	136	hydromorphone	21
hailey.....	81, 82	hydroxocobalamin.....	146
halcinonide.....	132	hydroxychloroquine	46
HALCION.....	126	HYDROXYPROPYLCELLULOSE	141
halobetasol	132	hydroxyurea.....	48
HALOG.....	132	hydroxyzine	41
haloperidol.....	126	hyophen	31
HARVONI.....	59	hyoscyamine.....	99
HAVRIX.....	64	hyosyne.....	99
hc pramoxine	90, 103, 133	HYPER-SAL	139
HEALTHWISE	118	HYPOLANCE.....	III
HEALTHY.....	III, 114, 118	HYPROMELLOSE	141
HEALTHY ACCENTS.....	III, 118	HYRIMOZ.....	47
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	III	HYSINGLA ER	21
healthylax.....	102	I	
heather.....	82	ibu.....	25
HEMANGEOL.....	71	ibuprofen	20, 25
HEMATOGEN.....	96	icatibant.....	136
HEMLIBRA	64	ICLUSIG.....	50
hemmorex-hc.....	103	IDHIFA	52
heparin	38	ILARIS.....	142
HEPLISAV-B.....	64	ILET	III
HETLIOZ	126	ILEVRO.....	91
HIBERIX.....	63	IMBRUVICA.....	50
hidex.....	106	imipramine	123

Índice de medicamentos

imiquimod.....	129	isoniazid.....	32
IMPAVIDO.....	46	ISOPROPRANOL.....	141
IMPEKLO.....	132	isopropyl alcohol.....	141
IMPOYZ.....	132	ISOPROPYL ALCOHOL.....	46, 141
IMURAN.....	109	ISOPTO CARPINE.....	93
INBRIJA.....	54	ISORDIL.....	67
incassia.....	82	isosorbide dinitrate.....	67
INCONTROL.....	III, 114	isosorbide mononitrate.....	67
INCRELEX.....	107	isotretinoin.....	128
INCRUSE ELLIPTA.....	26	isoxsuprine.....	72
indapamide.....	89	isradipine.....	66
INDOCIN.....	25	itraconazole.....	39
indomethacin.....	25	ivermectin.....	45, 130
INFANRIX.....	63	IWILFIN.....	50
INFASURF.....	136	J	
INFINITY.....	III	JAKAFI.....	49
INGREZZA.....	75	JALYN.....	143
INJECT.....	114	jantoven.....	38
INLYTA.....	50	JANUMET.....	43
INOVA.....	130	JANUVIA.....	43
INSPIRACHAMBER.....	118	JARDIANCE.....	42
INSPIRA.....	89	jasmiel.....	82
INSTACLEAN.....	141	JEMPERLI.....	52
INSULIN.....	42, 43, 44, 107	jencycla.....	82
INSULIN LISPRO.....	44	JETREA.....	94
INTELENCE.....	57	jinteli.....	105
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	87	JOENJA.....	136
INTERMEZZO.....	127	jolessa.....	82
INTRON A.....	52	JORNAY.....	124
introvale.....	82	JUBLIA.....	40
INVACARE.....	114	juleber.....	82
INVEGA.....	125	JULUCA.....	56
INVELTYS.....	91	junel.....	82
INVIRASE.....	57	JUXTAPID.....	72
INVOKAMET.....	44	JYNARQUE.....	88, 89
iodine.....	96, 133	JYNNEOS.....	64
IODOFLEX.....	133	K	
IODOSORB.....	133	KADIAN.....	21
IOPIDINE.....	93	kaitlib.....	82
IPOL.....	62	KALBITOR.....	137
ipratropium-albuterol.....	27	KALETRA.....	57, 58
ipratropium bromide.....	26, 90	kalliga.....	82
irbesartan.....	69, 70	KALYDECO.....	136
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	69	KAPVAY.....	123
IRESSA.....	50	KARBINAL.....	41
ISENTRESS.....	58	kariva.....	82
isibloom.....	82	kelnor.....	82
isoflurane.....	22	KENALOG.....	132

Índice de medicamentos

KESIMPTA	75	LESCOL.....	73
KETAMINE	127	lessina.....	82
ketoconazole	39, 40	L.E.T.	23
ketodan	40	letrozole.....	49
ketoprofen	25	leucovorin.....	137
ketorolac.....	20, 91	LEUKERAN	48
KINRIX.....	63	LEUKINE	79
kionex.....	96	leuprolide acetate.....	50
KISQALI.....	50	levabuterol hcl.....	26
KITABIS PAK.....	30	LEVAQUIN.....	34
KLARITY	29, 91, 94	LEVBID.....	99
KLARITY-A.....	29	levetiracetam	78
KLARON.....	128	levobunolol.....	93
KLONOPIN.....	77	levocarnitine.....	141
klor-con	97	levofloxacin hemihydrate.....	30, 34
K-PHOS.....	97	levonest.....	82
KRINTAFEL.....	46	levonorgestrel.....	82
KRISTALOSE	102	levonorg-eth estrad eth estrad.....	82
k-tab.....	97	levora.....	82
K-TAB	97	levorphanol tartrate.....	21
KYLEENA	85	LEVO-T.....	135
L		levothyroxine	135
LACRISERT	91	levoxyl.....	135
lactulose.....	97, 102	LEVSIN.....	99
LAMICTAL	78	LEVULAN	53
lamivudine.....	56, 57, 59	LEXETTE.....	132
lamivudine-zidovudine.....	56	LEXIVA	58
lamotrigine	78	lidocaine.....	22, 23, 103, 133
lancets.....	112, 114	LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	23
LANCETS	112, 113, 114, 115, 116, 117	lidocaine-hc	103, 133
LANOXIN	67	lidocaine-prilocaine.....	23
lansoprazol-amoxicil-clarithro.....	99	LIDOCAN.....	23
lansoprazole.....	103	LILETTA	85
lanthanum carbonate	96	lillow.....	82
LANTUS.....	44	lindane	133
larin.....	82	linezolid.....	34
larissia	82	LINZESS.....	101
LASIX.....	88	liothyronine.....	135
LASTACAFT	42	LIPO	144
latanoprost	93	LIPOFEN	74
LATANOPROST	92, 93	lisinopril.....	69, 70
laxaclear	102	lisinopril-hctz	69
laxative	102	LITEAIRE.....	118
layolis.....	82	LITE TOUCH	111, 114, 118
LAZANDA.....	21	LITETOUCH	118
leena	82	LITFULO.....	142
leflunomide.....	23	lithium	121
LENVIMA.....	50, 51	LITHOBID.....	121

Índice de medicamentos

LITHOSTAT.....	97	LYSODREN.....	52
LIVALO.....	73	LYSTEDA.....	64
LIVITA.....	145	LYTGOBI.....	51
LIVTENCITY.....	58	lyza.....	83
LODINE.....	25	M	
LODOSYN.....	55	MACROBID.....	34
LOKELMA.....	96	MACRODANTIN.....	34
LOMAIRA.....	53	MACUGEN.....	93
LOMOTIL.....	98	mafenide acetate.....	37
LONHALA MAGNAIR.....	26	magnesium.....	102, 103
LONSURF.....	48	MALARONE.....	46
LOPID.....	74	malathion.....	133
lopinavir-ritonavir.....	58	maprotiline.....	123
lopreeza.....	105	MAR-COF CG.....	86
LOPRESSOR.....	71	marlissa.....	83
LOPROX.....	40	MARPLAN.....	121
lorazepam.....	120, 121	MASK.....	118, 119
LORBRENA.....	51	MATULANE.....	52
lorcet.....	20	matzim.....	66
LORTAB.....	20	MAVENCLAD.....	75
lortuss ex.....	86	MAXITROL.....	28
loryna.....	82	MAXI-TUSS CD.....	86
LORZONE.....	119	MAXZIDE.....	89
losartan.....	69, 70	MAYZENT.....	75
losartan-hydrochlorothiazide.....	69	m-clear wc.....	86
LOTEMAX.....	91	meclofenamate.....	25
LOTENSIN.....	69, 70	MEDISENSE.....	111, 114
LOTENSIN HCT.....	69	medlance.....	114
loteprednol etabonate.....	91	MEDLANCE.....	114
LOTRISONE.....	40	MEDROL.....	106
lovastatin.....	73	medroxyprogesterone acetate.....	80, 108
LOVAZA.....	97	mefenamic acid.....	20
low dose aspirin.....	55	mefloquine hcl.....	46
low-ogestrel.....	83	megestrol acetate.....	53, 144
loxapine succinate.....	125	melodetta.....	83
lo-zumandimine.....	83	meloxicam.....	25
lubiprostone.....	102	melphalan hcl.....	48
LUCENTIS.....	94	memantine.....	74
ludent fluoride.....	96	MENACTRA.....	62
lugol's.....	96	me-naphos-mb-hyo I.....	31
Lumakras.....	49	MENOSTAR.....	105
LUMIGAN.....	93	MENQUADFI.....	62
LUMRYZ.....	126	MENVEO.....	62
LUPANETA.....	107	meperidine hcl.....	21
LUPKYNIS.....	109	MEPHYTON.....	147
LUPRON DEPOT.....	50, 107	meprobamate.....	121
lutera.....	83	MEPRON.....	46
LYNPARZA.....	51	mercaptopurine.....	48


Índice de medicamentos

mesalamine	100	MIFEPREX	139
MESNEX	137	mifepristone	44, 139
metaproterenol.....	26	migergot	19
metaxalone.....	119, 120	miglitol.....	42
metformin.....	42, 43, 44	miglustat	139
methadone hcl.....	21	MIGRANAL.....	19
methadose.....	21	mili.....	83, 84
methamphetamine.....	61	milk of magnesia	102
methazolamide.....	88	millipred.....	106
methenam.....	31	mimvey	105
methenamine hippurate	31	MINI LANCING DEVICE.....	III
methenamine mandelate	31	MINIMED.....	III
methergine	107	MINIPRESS.....	69
methimazole.....	135	MINITRAN	67
METHITEST	104	MINI TRANSFER PIN.....	118
methocarbamol	119, 120	MINOCIN	35
methotrexate.....	48	minocycline	35
methoxsalen.....	127	MINOLIRA ER	35
methscopolamine bromide.....	99	minoxidil.....	71
methyldopa.....	71	miostat	93
methyldopa/hydrochlorothiazide.....	71	miralax.....	102
methylergonovine maleate.....	107	MIRAPEX.....	54
METHYLIN.....	124	MIRENA	85
methylphenidate.....	124	mirtazapine	120
methylpred dp	106	MIRVASO	130
methylprednisolone	106	misoprostol	24, 99
methyltestosterone	104, 105	MITIGARE	24
metoclopramide	101	MITOSOL	94
metolazone.....	89	MKO.....	127
metoprolol-hydrochlorothiazide	72	M-M-R II VACCINE W/DILUENT	63
metoprolol succinate.....	71	MOBIC	25
metoprolol tartrate	71	MOBILE.....	114
METROCREAM	130	moexipril.....	70
METROGEL	130	molindone.....	126
METROLOTION	130	MOLNUPIRAVIR.....	60
metronidazole.....	31, 35, 130	mometasone	90, 132
mexiletine.....	65	mondoxyne nl.....	35
MIACALCIN	108	MONOLET	115
miconazole.....	39	mono-lyyah	83
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	40	MONSEL'S	65
MICRO	114	montelukast.....	28
MICROCHAMBER.....	118	MONUROL.....	31
microgestin.....	83	morgidox.....	35
MICROLET	III, 114	MORGIDOX	35
MICROSPACER.....	118	morphine.....	21
midazolam.....	126	MORPHINE.....	21
midodrine.....	61	MOTEGRITY	101
MIEBO.....	91	MOTOFEN.....	98

Índice de medicamentos

MOUNJARO	42	NARDIL	121
MOUTHPIECE	118	NASACORT	90
MOVANTIK	38	NASCOBAL	146
MOXEZA	30	NASONEX	90
moxifloxacin hcl.....	30, 34	NATACYN	39
MS CONTIN	21	nateglinide.....	43
MUCOSITISRX	138	NATPARA	107
MULTAQ	65	natura-lax	102
MULTIVIT	145	nature-throid	135
multivitamin with fluoride	145	NAYZILAM	77
mupirocin	37	NEBUPENT	46
MURI-LUBE MINERAL OIL.....	141	nebusal	139
mvc-fluoride.....	145	NEBUSAL	139
MVW.....	144, 145	necon.....	83
MYALEPT	108	nefazodone	122
MYAMBUTOL	32	neomycin.....	28, 29, 30, 31, 127
MYCAPSSA DR.....	108	neomycin/bacitracin/poly/hc	29
my choice	83	neomycin/bacitracin/polymyxin.....	30
MYCOBUTIN.....	32	neomycin-polymyxin-dexamethaso	29
mycophenolate mofetil.....	109	neomycin/polymyxin/gramicidin	30
mycophenolic acid.....	109	neomycin/polymyxin/hc	28, 29
MYDAYIS.....	61	neo-polycin.....	30
MYDRIACYL	93	neo/polymyxin/dexamethasone.....	28
MYDRIATIC4	92	NEORAL	109
MYFORTIC	109	NEO-SYNALAR	36
MYGLUCOHEALTH	115	NERLYNX.....	51
MYLERAN	48	neuac.....	128
myorisan.....	128	NEUPRO	55
MYRBETRIQ	143	NEUTRASAL	138
MYSOLINE.....	78	nevirapine	57
my way	83	new day	83
MYXREDLIN	45	NEXAVAR	51
N		NEXPLANON	80
nabumetone	25	NEXVIAZYME.....	140
nadolol.....	71	niacin.....	74
naftifine hcl.....	40	NIACOR	74
NAFTIN.....	40	NIASPAN	74
NALFON	25	nicardipine	66
NALOCET	20	NICODERM	134
naloxone.....	22, 38, 142	nicorelief.....	134
naltrexone	38	NICORETTE.....	134
NAMENDA	74	nicotine	134
NAMZARIC	74	NICOTROL	134
NAPRELAN.....	25	nifedipine.....	66
NAPROSYN	24, 25	nikki	83
naproxen.....	19, 24, 25	NILANDRON.....	48
naratriptan hcl	18, 19	nilutamide.....	48
NARCAN	38	nimodipine	66

Índice de medicamentos

NINJACOF-XG	86	NUMOISYN	138
NINLARO	51	NUPLAZID	121
nisoldipine	66	NURTEC ODT	19
nitisinone	139	NUVARING	79
nitro-bid	67	NUVESSA	36
NITRO-DUR	67	NUZYRA	35
nitrofurantoin	34	nyamyc	40
nitrofurantoin macrocrystal	34	NYMALIZE	66
nitroglycerin	67, 68, 103	nystatin	40, 41
NITROLINGUAL	68	nystatin w/triamcinolone	41
NITROMIST	68	nystop	41
NITROSTAT	68		
nitro-time	68	OICALIVA	101
NITYR	139	ocella	83
NIVESTYM	79	octreotide acetate	108
nizatidine	101	ocucoat	94
NIZORAL	40	OCUFLOX	30
NOCDURNA	105	ODACTRA	62
nolix	132	ODEFSEY	58
nora-be	83	ODOMZO	49
norethindrone acetate	83, 108	OFEV	136
norethindrone-ethin estradiol	83, 105	ofloxacin	28, 30, 34
norethin-eth estra ferrous fum	83	of magnesium	102
NORGESIC FORTE	120	ogestrel	83
norgestimate-ethinyl estradiol	83	OGSIVEO	51
norgestrel-ethiny estra	83	okebo	35
NORITATE	130	olanzapine	125, 126
norlyda	83	olmesartan-amlodipine-hctz	69
NORPACE	65	olmesartan-hydrochlorothiazide	69
NORPRAMIN	123	olmesartan medoxomil	70
nortrel	83	olopatadine	89
nortriptyline	123	OLPRUVA	97
NORVIR	58	OLUX	132
NOURIANZ	55	OMECLAMOX-PAK	99
NOVA	115	omega-3 acid ethyl esters	97
NOVAMAX	87	omeprazole	103
NOVOFINE	118	omeprazole- bicarbonate	103
NOVOTWIST	118	OMNIPAQUE	87
NOXAFIL	39	OMNIPOD	III
np thyroid	135	OMNIPOD GO	III
NUBEQA	48	OMVOH	109
NUCALA	28	ON CALL	115
NUCORT	132	ondansetron	98, 99
NULEV	99	one	5, 6, 7, 8, II, 13, 81, 83, 144, 148
NULIBRY	140	ONE	84, 87, III, II2, II8, 144
NULYTELY	102	ONE TOUCH	87, III, II2
NUMBRINO	90	ONETOUCH	II2, II5

Índice de medicamentos

ONE WAY MOUTHPIECE	118	oxycodone hcl-ibuprofen.....	20
ONEXTON.....	128	oxycodone w/acetaminophen.....	20
ONFI.....	77	oxycodone w/aspirin	20
ON-THE-GO.....	115	OXYCONTIN.....	21
opcicon one-step	83	oxymorphone hcl.....	21, 22
OPDIVO.....	52	oxymorphone hcl er	22
OPFOLDA	139	OXYTROL.....	144
opium.....	21, 98	OZEMPIC.....	42
OPSUMIT	68	P	
OPTICHAMBER.....	119	pacerone	65
option 2	83	paliperidone	125
ORACEA.....	35	PALYNZIQ.....	62
ORACIT.....	97	PAMELOR.....	123
ORALAIR	62	PANDA MASK.....	119
oralone	137	PANDEL	132
ORAMAGICRX	138	PANRETIN	53
ORAPRED ODT.....	106	pantoprazole	103
ORAVIG.....	39	PARAGARD.....	85
ORENITRAM.....	68	PAREMYD	93
ORFADIN.....	139	paricalcitol.....	138
ORLISSA	107	PARLODEL	55
ORKAMBI	136	PARNATE.....	121
ORLADEYO	62, 137	paromomycin.....	45
orphenadrine.....	120	paroxetine.....	122, 140
orphenadrine-aspirin-caffeine	120	PASER	32
orphengesic forte.....	120	PATANASE	89
orsythia	83	PAXIL	122
ORTHO-NOVUM	83	pazopanib	51
oscimin.....	99, 100	PEDIARIX.....	64
oseltamivir.....	59	PEDIATRIC PANDA MASK	119
OSELTAMIVIR.....	59	PEDVAXHIB	63
oseltamivir phosphate	58, 59	peg.....	102
OSENI.....	42	PEGANONE	78
OTEZLA.....	24	PEGASYS.....	59
OTIPRIO.....	28	PEG-INTRON.....	60
OVACE	129	PEMAZYRE	51
OVIDE.....	133	PENBRAYA.....	62
oxandrolone.....	104	penciclovir.....	60
oxaprozin	24, 25	penicillamine.....	23
oxazepam.....	121	penicillin V	34
oxcarbazepine.....	78	PENTACEL	63
OXERVATE	94	pentamidine isethionate	46
oxiconazole nitrate.....	41	PENTASA.....	100
OXISTAT	41	pentazocine and naloxone hcl.....	22
OXSORALEN-ULTRA.....	127	pentoxifylline.....	65
OXTELLAR.....	78	PEPCID	101
oxybutynin chloride	143	PERFOROMIST	26
oxycodone hcl.....	20, 21, 22	PERIDEX.....	137

Índice de medicamentos

perindopril erbumine.....	70	polymyxin b sul-trimethoprim.....	30
periogard.....	137	polystyrene sulfonate.....	96
permethrin.....	54	POLYTRIM.....	30
perphenazine.....	122, 126	POLY-TUSSIN AC.....	86
perry.....	120	POMALYST.....	49
PHARMABASE.....	130	PONVORY.....	76
PHEBURANE.....	97	PONVORY 20 MG TABLET.....	76
phenadoz.....	98	portia.....	84
phenazopyridine hcl.....	23	posaconazole.....	39
phendimetrazine tartrate.....	53	powderlax.....	102
phenelzine.....	121	pramipexole.....	54, 55
phenobarbital.....	99, 126	pramipexole di-hcl.....	55
phenohydro.....	99, 100	PRAMOSONE.....	133
phenoxybenzamine.....	61	pramoxine hcl w/hydrocortisone.....	104
phentermine.....	53	prasugrel.....	55
phenylbutyrate.....	97	pravastatin.....	73
phenylephrine.....	92	praziquantel.....	45
PHENYTEK.....	78	prazosin.....	69
phenytoin.....	77, 78	PR BENZOYL PEROXIDE.....	130
philith.....	83	PRECISION.....	87
PHOSLYRA.....	96	PRECOSE.....	42
phosphasal.....	31	PRED FORTE.....	91
PHOSPHOLINE IODIDE.....	93	PRED-G.....	29
PHOTREXA.....	90	prednicarbate.....	132
PHYSIOLYTE.....	127	prednisolone.....	29, 91, 106
PHYSIOSOL.....	127	prednisolone acetate.....	91
phytonadione.....	147	PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	29
PICATO.....	53	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF.....	29
pilocarpine.....	62, 92, 93	PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	29
pimecrolimus.....	109	PREDNISOLONE-GATIFLOXACIN.....	29
pimozide.....	124	PREDNISOLONE-GATIFLOX-BROMFENC.....	29
pimtree.....	84	PREDNISOLONE-NEPAFENAC.....	91
pindolol.....	71	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	29
pioglitazone.....	43, 44	PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN.....	29
pioglitazone-glimepiride.....	43	prednisolone phos odt.....	106
pioglitazone-metformin.....	43	prednisolone phosphate.....	91, 106
PIP.....	115	prednisone.....	106
PIQRAY.....	51	PREFEST.....	105
pirfenidone.....	139	pregabalin.....	78
pirmella.....	84	prenatal.....	120
piroxicam.....	24, 25	prenatal complete.....	120
PLAN B ONE-STEP.....	84	prenatal formula.....	120
PLEGRIDY.....	76	prenatal multi + dha.....	120
PLEXION.....	37	prenatal vitamin.....	120
PNEUMOVAX.....	63	prenavite.....	120
POCKET CHAMBER.....	119	PREPIDIL.....	107
podofilox.....	130	PREPOPIK.....	102
polycin.....	30	PRESSURE.....	92, 93, 115
polyethylene glycol.....	102		

Índice de medicamentos

PRESTALIA.....	69	PROQUAD.....	63
PRETOMANID.....	32	PROSCAR.....	143
prevalite.....	73	PROSTIN.....	107
PREVIDENT.....	94	PROTHELIAL.....	137
previfem.....	84	PROTOPIC.....	109
PREVNAR.....	63	protriptyline.....	123
PREVYMIS.....	59	PROVERA.....	80, 108
PREZISTA.....	56	PROVOCHOLINE.....	87
PRIFTIN.....	32	prudoxin.....	129
PRIMAQUINE BRAND.....	46	PSORCON.....	133
primaquine generic.....	46	pulmosal.....	139
PRIMEAIRE.....	119	PULMOZYME.....	136
primidone.....	78	PURE.....	115
PRIMSOL.....	31	purelax.....	102
PRINIVIL.....	70	PURIXAN.....	48
PRIORIX VIAL.....	63	PUSH.....	115
probenecid.....	25	pyrazinamide.....	32
PROBUPHINE.....	142	PYRIDIUM.....	23
PROCARDIA.....	66	pyridostigmine bromide.....	60
procentra.....	61	Q	
PROCHAMBER.....	119	QBREXZA.....	131
prochlorperazine maleate.....	98	QELBREE ER.....	124
PRO COMFORT.....	115, 119	QMIIZ ODT.....	25
PRO COMFORT SPACER WITH MASK.....	119	QSYMIA.....	53
PROCORT.....	104	QUADRACEL.....	63
PROCRIT.....	79	QUALAQUIN.....	46
PROCTOCORT.....	103	QUDEXY.....	78
procto-med hc.....	132	QUESTRAN.....	73
procto-pak.....	132	quetiapine.....	125
proctosol-hc.....	132	quetiapine fumarate.....	125
proctozone-hc.....	132	QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST.....	87
PRODIGY.....	112, 115	QUICKVUE SARS ANTIGEN TEST.....	87
progesterone.....	108	quinapril.....	69, 70
PROGLYCEM.....	95	quinapril-hydrochlorothiazide.....	69
PROGRAF.....	109	quinidine.....	65
PROLENSA.....	91	quinine.....	46
PROMACTA.....	79	quit.....	134, 135
promethazine.....	41, 86, 98	QULIPTA.....	19
promethazine vc.....	41, 86	QUVIVIQ.....	127
promethazine vc w/codeine.....	86	QVAR REDIHALER.....	27
promethegan.....	99	R	
PROMETRIUM.....	108	ra.....	146
propafenone.....	65	rabeprazole.....	103
propantheline bromide.....	98	RADIOGARDASE.....	140
proparacaine-fluorescein.....	92	RAGWITEK.....	62
proparacaine hcl.....	92	raloxifene.....	142
propranolol.....	71, 72	ramelteon.....	126
propylthiouracil.....	135	ramipril.....	70

Índice de medicamentos

ranolazine.....	65	RIGHTEST.....	115
RAPAMUNE.....	109	RILUTEK.....	74
RAPID RESPONSE COVID-19 TEST.....	87	riluzole.....	74
rasagiline mesylate.....	55	rimantadine.....	59
RASUVO.....	23	RIMSO-50.....	22
RAVICTI.....	98	RINVOQ ER.....	24
RAYALDEE.....	138	RINVOQ ER 30MG TABLET.....	24
RAYOS.....	106	RIOMET.....	43
RAZADYNE.....	60	risedronate.....	141, 142
READYLANCE.....	115	RISPERDAL.....	125
REBIF.....	76	risperidone.....	125
reclipsen.....	84	RITALIN.....	124
RECOMBIVAX HB.....	64	RITEFLO.....	119
RECOTHROM.....	65	ritonavir.....	58
RECTIV.....	103	rivastigmine.....	60, 61
REGIMEX.....	53	rivelsa.....	84
REGLAN.....	101	rizatriptan.....	19
REGRANEX.....	129	ROBAXIN.....	120
RELENZA.....	59	ROCALTROL.....	147
RELIAMED.....	115	ropinirole.....	55
relion.....	95	rosadan.....	130
RELION.....	115	ROSADAN.....	130
RELISTOR.....	38	ROTARIX.....	62
REMERON.....	120	ROTATEQ.....	62
RENACIDIN.....	97	ROWASA.....	100
rena-vite.....	145	roweepra.....	78
REVELA.....	96	ROXICODONE.....	22
repaglinide.....	43	ROZLYTREK.....	51
REPATHA.....	73	RUBRACA.....	51
REQUIP.....	55	RUCONEST.....	136
RESECTISOL.....	88	RUZURGI.....	76
RESTASIS.....	94	RYALTRIS.....	89
RESTORIL.....	126	RYBELSUS.....	42
RETACRIT.....	79	RYCLORA.....	41
RETIN-A.....	134	RYDAPT.....	51
RETROVIR.....	57	RYLAZE.....	52
REVATIO.....	68	RYTARY.....	55
REVLIMID.....	49	RYTHMOL.....	65
REXULTI.....	125	RYVENT.....	41
REYATAZ.....	58	S	
REYVOW.....	19	SABRIL.....	78
REZUROCK.....	143	SAFETY.....	112, 113, 114, 115, 116, 117
RHINOCORT.....	90	SALAGEN.....	62
RHOFADE.....	130	SALIVAMAX.....	138
ribavirin.....	59, 60	salsalate.....	23
RIDAURA.....	24	SAMSCA.....	88
rifabutin.....	32	SANCUSO.....	99
RIFADIN.....	32	SANDIMMUNE.....	110
rifampin.....	32	SANDOSTATIN.....	108

Índice de medicamentos

SANTYL.....	134	SKYLA.....	85
SARAFEM.....	122	SKYRIZI.....	127
saxagliptin.....	43, 44	sm.....	146
saxagliptn.....	44	SMART.....	110, 113, 115
SAXENDA.....	53	SMARTEST.....	116
SCALACORT DK.....	133	smoothlax.....	102
SCEMBLIX.....	51	SODIUM CITRATE.....	38
scopolamine.....	99	sodium fluoride.....	95
seconal.....	126	SODIUM OXYBATE.....	126
SECUADO.....	125	SOFIA2 FLU-SARS ANTIGEN FIA.....	87
SEEBRI.....	26, 27	SOFIA SARS ANTIGEN FIA TEST.....	87
SEEBRI NEOHALER.....	26	SOFT.....	116
SEGLUROMET.....	44	solifenacin succinate.....	143
selegiline.....	55	SOLQUA.....	42
selenium sulfide.....	129	SOLODYN.....	35
SELRX.....	129	SOLOSEC.....	30
SELZENTRY.....	57	SOLTAMOX.....	52
SEMGLEE.....	45	SOLUS.....	116
SEMPREX-D.....	41	SOMA.....	120
SERNIVO.....	133	SOMATULINE DEPOT.....	108
SEROSTIM.....	107	SOMAVERT.....	138
setlakin.....	84	SORIATANE.....	127
sevelamer.....	96	sorine.....	71
sevelamer carbonate.....	96	sotalol.....	72
sevoflurane.....	22	SOTYLIZE.....	72
SEYSARA.....	35	SOVUNA.....	46
sf.....	94, 141	SPECTRACEF.....	33
SFROWASA.....	100	spinosad.....	54
sharobel.....	84	SPIRIVA.....	26
SHINGRIX.....	64	spironolact.....	89
SIDESTREAM PEDIATRIC.....	119	spironolactone.....	88, 89
SIGNIFOR.....	108	SPORANOX.....	39
sildenafil.....	68	sprintec.....	84
SILENOR.....	127	SPRITAM.....	78
SILICONE MASK.....	119	SPRIX.....	19
silodosin.....	143	SPRYCEL.....	51
SILVADENE.....	37	sps.....	96
silver sulfadiazine.....	37	sronyx.....	84
SIMBRINZA.....	92	ss.....	37
simliya.....	84	ssd.....	37
simpesse.....	84	SSKI.....	96
SIMPONI.....	47	sss.....	37
simvastatin.....	72, 73	STALEVO.....	55
SINEMET.....	55	STARLIX.....	43
SINGLE.....	115	stavudine.....	57
sirolimus.....	109, 110	STEGLATRO.....	42
SIRTURO.....	32	STELARA.....	109
SKELAXIN.....	120	STERILANCE.....	116
SKLICE.....	54	STERILE.....	116

Índice de medicamentos

STIMATE.....	105	SYMFI.....	58
STIOLTO RESPIMAT	27	SYMJEPI.....	60
STIVARGA.....	51	SYMLINPEN.....	42
st. joseph aspirin.....	56	SYMPAZAN	77
stop smoking aid.....	135	SYMPROIC.....	38
STRENSIQ.....	140	SYMTUZA.....	56
STRIANT	104	SYNALAR.....	36, 133
STRIVERDI.....	26	SYNAREL.....	107
STROMECTOL.....	45	SYNDROS.....	98
strong iodine.....	96	SYNERA	23
SUBOXONE.....	142	SYNJARDY.....	44
subvenite	78	SYPRINE.....	140
SUCRAID	101	SYRINGE AVITENE	65
sucralfate	99	T	
SULAR.....	66	TABLOID	48
sulfacetamide.....	29, 37, 128, 129	TABRECTA	51
sulfacetamide w/prednisolone	29	TACHOSIL.....	65
sulfacleanse	37	TACLONEX.....	134
sulfadiazine	30, 37	tacrolimus.....	109, 110
sulfamethoxazole/trimethoprim	30	tadalafil.....	68, 137
SULFAMYLON.....	37	TAFINLAR	49
sulfasalazine.....	100	TAGRISSO.....	51
sulfatrim.....	30	TAKE ACTION	84
sulindac	25	TAKHZYRO.....	62, 137
SUMADAN.....	37	TALICIA	99
sumatriptan.....	19	TALTZ	128
sumatriptan succ-naproxen sod.....	19	TALZENNA.....	51
SUMAXIN.....	37	TAMIFLU.....	59
SUNLENCA	56	tamoxifen.....	53
SUNOSI.....	126	tamsulosin	143
super	144, 145	TAPAZOLE	135
SUPER.....	114, 116	TAPERDEX.....	106
super b complex.....	145	TARCEVA.....	51
super b complex-vitamin c	145	TARGADOX.....	35
super b-complex w/vitamin c.....	144	TARGRETIN	53
SUPRANE	22	tarina fe.....	84
SURE.....	116	TARKA	69
SURVANTA	136	TARPEYO.....	106
SUSTIVA.....	57	TASIGNA	51
SUTENT.....	51	TASMAR	55
sv.....	146	tazarotene.....	129
syeda	84	TAZORAC	129
SYLATRON.....	49	taztia.....	66
SYMAX DUOTAB.....	100	TAZVERIK	49
symax-sl.....	100	TC.....	28, 87
symax-sr.....	100	TECHLITE.....	116
SYMBICORT	27	TEGLUTIK	74
SYMBYAX	126	TEGRETOL	78
SYMDEKO	136	TEGSEDI	139

Índice de medicamentos

TEKURNA.....	72	TIAZAC.....	67
TELCARE.....	116	TIBSOVO.....	52
telmisartan.....	69, 70	TIGAN.....	99
telmisartan-amlodipine.....	70	TIGLUTIK.....	74
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	69	tilia fe.....	84
temazepam.....	126, 127	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	92
TEMIXYS.....	56	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP.....	92
TEMODAR.....	48	TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST.....	92
TEMOVATE.....	133	TIMOLOL-LATANOPROST.....	92
temozolomide.....	48	timolol maleate.....	72, 92
tencon.....	18	TIMOPTIC.....	92
TENIVAC.....	63	tinidazole.....	45
tenofovir disoproxil fumarate.....	57	tiopronin.....	143
TENORETIC.....	72	TISSEEL VHSD.....	130
TENORMIN.....	72	TIVICAY.....	58
terazosin.....	69	tizanidine.....	120
terbinafine.....	39	TOBI PODHALER.....	31
terbutaline.....	26	TOBRADEX EYE DROPS.....	29
terconazole.....	39	TOBRADEX EYE OINTMENT.....	29
teriparatide.....	138	tobramycin.....	29, 30, 31
TERIPARATIDE.....	138	TOBRAMYCIN.....	31
terrell.....	22	tobramycin-dexamethasone.....	29
TESSALON PERLE.....	85	TOBREX.....	30
testosterone.....	104	TODAY.....	80
TESTOSTERONE.....	104	TOLAK.....	53
testosterone cypionate.....	104	tolcapone.....	55
testosterone enanthate.....	104	tolmetin.....	25
TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS.....	63	tolterodine tartrate.....	144
tetrabenazine.....	75	TOPCARE.....	116
tetracaine.....	92	TOPICORT.....	133
tetracycline hcl.....	35	topiramate.....	79
TEXACORT.....	133	topiramate er.....	79
TEZSPIRE.....	136	toremifene.....	52, 53
T:FLEX.....	112	torse mide.....	88
THALOMID.....	32	TOSYMRA.....	19
THEO-24.....	28	TOUJEO.....	45
theophylline anhydrous.....	28	tovet emollient.....	133
thera-m.....	144	TOVIAZ.....	144
THERA-M.....	144	TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	87
THIN.....	113, 114, 115, 116	TRACLEER.....	68
THIOLA.....	143	tramadol hcl.....	20, 22
thioridazine.....	126	tramadol hcl-acetaminophen.....	20
thiothixene.....	125	tramadol hcl er.....	22
THROMBI-GEL.....	65	trandolapril.....	69, 70
THROMBIN-JMI.....	65	trandolapril-verapamil.....	69
THROMBI-PAD.....	65	tranexamic acid.....	64
thyroid.....	135	TRANXENE.....	121
tiadyt.....	67	tranylcypromine.....	121
tiagabine.....	78	travoprost.....	92

Índice de medicamentos

trazodone	122	TRUDHESA	19
TRECTOR	32	true	144, 146, 147
TRELEGY ELLIPTA.....	27	TRUE.....	112, 116, 144, 146, 147
TREMFYA.....	128	TRUECONTROL.....	112
TRESIBA.....	45	TRUE METRIX.....	112
tretinoin.....	52, 128, 129, 134	TRUEPLUS.....	95, 116
TREXALL.....	48	TRULANCE.....	101
TREZIX.....	20	TRULICITY.....	42
triamcinolone acetonide.....	132, 133, 137	TRUMENBA.....	62
triamterene	89	TRUSOPT	92
trianex.....	133	T:SLIM	112
triazolam.....	126, 127	tulana	84
tri-buffered aspirin.....	18	TULIVITE.....	96
triderm.....	133	TURALIO.....	51
TRIDESILON.....	133	TUSSICAPS.....	86
trientine.....	140	TUXARIN.....	86
tri-estarylla.....	84	TUZISTRA	86
tri femynor.....	84	TWINRIX.....	64
trifluoperazine hcl	126	TWIST.....	113, 115, 116
trifluridine.....	58	TYBOST	136
TRIGLIDE.....	74	tydemy	84
trihexyphenidyl hcl	54	TYKERB.....	51
TRIKAFTA.....	136	TYLENOL W/CODEINE	20
tri-legest fe.....	84	TYMLOS.....	108
tri-lynyah.....	84	TYSABRI.....	141
TRILIPIX	74	TYVASO	68
tri-lo-estarylla.....	84	U	
tri-lo-marzia.....	84	UBRELVY.....	19
tri-lo-mili.....	84	UCERIS.....	104, 106
tri-lo-sprintec	84	UKONIQ	51
trilyte.....	102	ULESFIA	54
trimethobenzamide	99	ULTANE.....	22
trimethoprim.....	30, 31	ULTI-LANCE	112
tri-mili.....	84	ULTILET	116
trimipramine maleate	123	ULTRA	26, 87, 112, 114, 116, 127
TRINTELLIX.....	122	ULTRACET	20
tri-previfem.....	84	ULTRAFOAM	65
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	38	ULTRAM.....	22
tri-sprintec.....	84	ULTRATLC.....	116
TRIUMEQ.....	56	ULTRAVATE	133
tri-vitamin with fluoride.....	145	UNILET.....	112, 114, 117
trivora.....	84	UNISTIK.....	114, 117, 119
tri-vylibra.....	84	unithroid.....	135
TRIZIVIR.....	56	UNIVERSAL.....	114, 117
TROKENDI.....	79	UPTRAVI	68
tropicamide.....	93	UPTRAVI TITRATION PACK.....	68
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	93	URECHOLINE.....	62
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	93	URELLE.....	31
tropium chloride	144	uretron d-s.....	31

Índice de medicamentos

URIBEL	31	verapamil.....	66, 67, 69
urimar-t.....	31	VEREGEN.....	60
urin d.s.....	31	VERELAN.....	67
uro-458.....	31	VERIFINE.....	117
uroav-b.....	31	VERITOR SARS-COV-2 AND FLU A-B.....	88
UROCIT-K.....	97	VERQUVO.....	67
urogesic.....	31	VERSACLOZ.....	125
uro-mp.....	31	VERZENIO.....	51
URSO.....	100	VFEND.....	39
ursodiol.....	100	VGO.....	112
uryl.....	31	VIBERZI.....	101
ustell.....	31	VIBRAMYCIN.....	35
UTIBRON.....	27	vicodin hp.....	20
UTIBRON NEOHALER.....	27	vienva.....	85
utira-c.....	31	vigabatrin.....	78, 79
V		vigadrone.....	79
valacyclovir.....	59	VIGADRONE.....	79
VALCHLOR.....	53	VIGAMOX.....	30
VALCYTE.....	59	VIJOICE.....	136
valganciclovir.....	59	vilamit mb.....	31
valproic acid.....	79	vilevev mb.....	31
valsartan.....	69, 70	VIMPAT.....	79
valsartan-hydrochlorothiazide.....	70	VIOKACE.....	103
VALTOCO.....	77	viorele.....	85
VANATOL.....	18	VIRACEPT.....	58
VANCOGIN.....	36	VIRAMUNE.....	57
vancomycin.....	36	VIREAD.....	57
vandazole.....	36	virtussin ac.....	86
VAQTA.....	64	virtussin dac.....	86
varenicline.....	135	VISION.....	144
VARIVAX.....	64	VISTARIL.....	41
VARUBI.....	99	VISTOGARD.....	137
VASCEPA.....	97	vit.....	145
VASERETIC.....	69	VITAJOY.....	144, 145
VASOTEC.....	70	vitamin.....	120, 144, 145, 146, 147
VAXCHORA.....	63	VITAMIN.....	96, 120, 134, 138, 141, 145, 146, 147
VAXELIS.....	63	vitamin b complex.....	144, 145
vcf.....	80	vitamin b-complex & c.....	145
VECAMYL.....	70	vitamin b complex with c.....	144
VECTICAL.....	129	vitamin d2.....	146, 147
velivet.....	84	vitamin k.....	147
VELPHORO.....	96	vitamins a, c, d & fluoride.....	145
VELTASSA.....	96	VITRAKVI.....	51, 52
VEMLIDY.....	59	VIVAGUARD.....	117
VENCLEXTA.....	52	VIVJOA.....	39
venlafaxine.....	122	VIVOTIF.....	62
VENTAVIS.....	68	VIZIMPRO.....	52
VEOZAH.....	140	VOGELXO.....	104
		VOLTAREN.....	128

Índice de medicamentos

voriconazole.....	39	xulane.....	85
VORTEX.....	119	XURIDEN.....	95
VOSEVI.....	59	XYOSTED.....	104
VOTRIENT.....	52	XYREM.....	126
VOWST.....	101	XYWAV.....	126
VOXZOGO.....	140	Y	
VRAYLAR.....	125	YAZ.....	85
VTAMA.....	129	YERVOY.....	52
vto1 lq.....	18	YUPELRI.....	26
VUMERITY.....	76	yuvafem.....	108
VUSION.....	41	Z	
vyfemla.....	85	zafirlukast.....	28
vylibra.....	84, 85	zaleplon.....	127
VYNDAMAX.....	140	ZANAFLEX.....	120
VYNDAQEL.....	140	zarah.....	85
VYVANSE.....	123	ZARONTIN.....	79
VYZULTA.....	92	ZARXIO.....	79
W		zebutal.....	18
WAKIX.....	79	ZEJULA.....	52
warfarin.....	38	ZELBORAF.....	49
WEGOVI.....	53	ZELNORM.....	101
wera.....	85	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	19
westhroid.....	135	ZEMPLAR.....	138
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	85	zenatane.....	128
wixela inhub.....	27	ZENPEP.....	103
women's gentle laxative.....	102	zenzedi.....	61
women's laxative.....	102	ZENZEDI.....	61
wymzya fe.....	85	ZEPATIER.....	60
X		ZEPOSIA.....	76
XACIATO.....	36	ZESTORETIC.....	69
XALKORI.....	52	ZESTRIL.....	70
XARELTO.....	38	ZIAC.....	72
XDEMVI.....	54	ZIAGEN.....	57
XELJANZ.....	24	ZIANA.....	129
XELODA.....	48	zidovudine.....	56, 57
XENICAL.....	54	ZIEXTENZO.....	79
XENLETA.....	34	zileuton.....	26
XEPI.....	37	zinc oxide.....	130
XERMELO.....	98	ziprasidone.....	125
XHANCE.....	90	ZIRGAN.....	58
XIFAXAN.....	34	ZITHROMAX.....	33
XIGDUO.....	44	ZOFRAN.....	99
XIIDRA.....	94	ZOKINVY.....	136
XOFLUZA.....	59	ZOLADEX.....	50
XOLAIR.....	28	ZOLINZA.....	47
XOPENEX.....	26	zolmitriptan odt.....	19
XOSPATA.....	52	zolpidem tartrate.....	127
XTANDI.....	48	ZOLPIMIST.....	127

Índice de medicamentos

ZOMIG.....	19	ZUBSOLV.....	142
ZONALON.....	129	zumandimine.....	83, 85
zonisamide.....	79	ZUPLENZ.....	99
ZONTIVITY.....	56	ZURZUVAE.....	121
ZORBTIVE.....	107	ZYDELIG.....	52
ZORTRESS.....	110	ZYFLO.....	26
ZORYVE.....	129, 131	ZYKADIA.....	52
zovia.....	85	ZYLOPRIM.....	24
ZOVIRAX.....	59, 60	ZYMAXID.....	30
ZTALMY.....	79	ZYPITAMAG.....	73
ZTLIDO.....	23	ZYPREXA.....	125
Z-TUSS AC.....	86	ZYVOX.....	34

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

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



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

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

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

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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