



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2024

Para el estado de California

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

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

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

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en **myCigna.com®**

Última actualización: 1 de agosto de 2023. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

938072SP h CA Legacy (Standard) 3-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	14
Lista de medicamentos con receta	16
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	145
Índice de medicamentos	146

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



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



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

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

R. Para asegurarnos de que usted pueda acceder a una cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo, Cigna Healthcare revisa y actualiza regularmente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

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

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

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

R. Hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos 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 abreviatura **(AGE)** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

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

abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

P. 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 **signaforhcp.com**.

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

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

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

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

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

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

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

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

R. Sí.

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.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.³

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

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

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.³ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

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

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**,

o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.

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

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

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

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

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

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, y/o sus medicamentos de especialidad a través de Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna, para que tengan cobertura. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁴

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Obtenga un 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 simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁶ 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.

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional⁵
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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

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

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

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁶ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁴ 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.⁴
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.⁴

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

R. Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo.⁴ El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le dará la atención personalizada y el apoyo que necesita para ayudarle a controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

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

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

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

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

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

la receta. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

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

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

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. 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 tratar su condición médica antes de cubrir un

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

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 Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

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

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.)

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

- (PA)** **Autorización previa:** Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(PA)** junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna Healthcare.
- (QL)** **Límites a la cantidad:** Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- (ST)** **Tratamiento escalonado:** Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura **(ST)** junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
- (AGE)** **Requisitos de edad:** Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(AGE)** junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- (SP)** Los **medicamentos de especialidad** se usan para tratar condiciones médicas complejas. Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen la abreviatura **SP** junto al nombre.
- (HD)** **Medicamentos para entrega a domicilio:** Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio. Estos medicamentos tienen la abreviatura **HD** junto al nombre. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
- (PPACA)** **Medicamentos preventivos sin costos compartidos:** La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). Estos medicamentos tienen la abreviatura **PPACA** junto al nombre.
- (CSL)** **Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos:** La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral. Estos medicamentos tienen la abreviatura **CSL** junto al nombre.

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos

Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			←
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)</i> <i>FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)</i>	T1 T3	QL (6 caps/day) QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-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 MGTABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)</i>	T3	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)	←
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna.
<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		Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva
<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 Legacy (Standard) 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 (infecciones)	48
Analgésicos (condiciones urinarias)	22	Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	48
Anestésicos (varios)	22-23	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	48, 49
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	49
Anestésicos (condiciones urinarias)	23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	49
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	23	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	50
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	23-26	Antineoplásicos (cáncer)	51-56
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	26-28	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	56, 57
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	28	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	57
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	28-29	Antiparasitarios (infecciones)	57, 58
Antibióticos (condiciones oculares)	29-30	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	58-60
Antibióticos (infecciones)	30-36	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	60
Antibióticos (condiciones cutáneas)	37, 38	Antivíricos (SIDA/VIH)	60-63
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	38, 39	Antivíricos (condiciones oculares)	64
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	39	Antivíricos (infecciones)	64-66
Antídotos (abuso de sustancias)	39	Antivíricos (condiciones cutáneas)	66
Antimicóticos (condiciones oculares)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	66
Antimicóticos (productos femeninos)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	67
Antimicóticos (infecciones)	40	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	67, 68
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	40-42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	42	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	68
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	42	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	68, 69
Antihistamínicos (condiciones oculares)	43		
Antihiper glucémicos (diabetes)	43-48		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	48		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	69	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	100
Productos biológicos (varios)	69	Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	100-104
Productos biológicos (vacunas)	69-71	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	104
Sangre (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	71, 72	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	104
Sangre (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	72	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	104, 105
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72-75	Elect./calóricos/H2O (varios)	105
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	75, 76	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/ alimenticios)	105, 106
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	76-82	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	106
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	82-85	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	106
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	85, 86	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	106-114
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	86, 87	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	114
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	87, 88	Hormonas (agentes hormonales)	115-121
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	88	Hormonas (infertilidad)	121
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	88-92	Hormonas (varias)	121
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	92	Hormonas (productos para la osteoporosis)	122
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	92, 93	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	122
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	93-95	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	122
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/ rociadores nasales)	95	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	123
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	95, 96	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	123-125
Diagnóstico (diabetes)	96	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	125, 126
Diagnóstico (varios)	96, 97	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	126, 127
Diuréticos (diuréticos)	97-99	Vitaminas prenatales (nutritivas/ alimenticias)	127, 128
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	99	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	128-134
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	134-137
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	137

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	137-140	Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	155
Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	140, 141	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	155
Preparaciones cutáneas (varias)	141, 142	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	155, 156
Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	142	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	156-158
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	142-152	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	158
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	152	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	159
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	152, 153	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	159
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	153	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	159
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	153, 154	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	159
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	154	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	160
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	154	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	160
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	154	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	160, 161
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	154	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	161
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	161, 162

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		
butalbital/acetaminophen	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalbital-aspirin-caffe 50-325-40	T1	QL (6 tabs/day)
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
butalbital/acetaminophen/caffeine	T3	
butalbital/acetaminophen/caffeine (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
butalbital-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
butalbital-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)	T3	PA QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (zebutal)	T3	PA QL (6 caps/day)
FIORICET (phrenilin forte)	T3	PA QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
choline salicyl/mag salicylate	T1	HD
diflunisal	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
almotriptan malate	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (ergotamine-caffeine)	T3	QL (40 tabs/28 days)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp	T1	QL (10 amps/30 days)
eletriptan hydrobromide	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ergotamine tartrate/caffeine	T1	
ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
frovatriptan succinate	T1	QL (18 tabs/30 days)
isomethept/dichlphn/acetaminop	T1	
isomethepten/caf/acetaminophen	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (18 tabs/28 days)
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
TRUDHESA	T2	PA QL (2 pkgs/30 days)
UBRELVY	T2	PA QL (0.67 TABS/DAY)
<i>zolmitriptan</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL (20 tabs/25 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	QL (40 ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	QL (20ml/30 days) HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetamin-codein 300-30 mg/12.5</i>	T1	
<i>acetaminop-codeine 120-12 mg/5</i>	T1	
<i>acetaminophen-cod #2 tablet</i>	T1	PA
<i>acetaminophen-cod #3 tablet</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)		
<i>acetaminophen-cod #4 tablet</i>	T1	PA
APADAZ	T3	
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Hydrocodone-acetaminophen)	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen</i> (Norco)	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Nalocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Percocet)	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i> (Primlev)	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i> (Ultracet)	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen</i> (Ibudone)	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T1	PA
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Acetamin-caff-dihydrocodeine)	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> (Trezix)	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>buprenorphine</i> (Butrans)	T1	QL (4 patches/28 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL (6 bots/30 days)
BUTRANS (<i>buprenorphine</i>)	T3	QL (4 patches/28 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA
DILAUDID 2 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 4 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 5 MG/5 ML ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DILAUDID 8 MG TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	T3	PA
DURAGESIC (<i>fentanyl</i>)	T3	PA
<i>fentanyl</i>	T1	PA
<i>fentanyl</i> (Duragesic)	T1	PA
FENTANYL CITRATE	T1	PA
<i>fentanyl citrate</i> (Actiq)	T1	PA
FENTORA	T3	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Hysingla Er)	T1	PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> (Zohydro Er)	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i>	T1	PA
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T1	PA
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T2	PA
KADIAN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
LAZANDA	T3	PA
<i>meperidine hcl</i>	T1	PA
<i>methadone hcl</i>	T1	PA
MORPHABOND ER	T2	PA
<i>morphine sulfate</i>	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Kadian)	T1	PA
<i>morphine sulfate</i> (Ms Contin)	T1	PA
MS CONTIN (<i>morphine sulfate er</i>)	T3	PA
NUCYNTA	T2	PA
NUCYNTA ER	T3	PA
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA
OXAYDO	T3	PA
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA
OXYCODONE HCL ER	T1	PA
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
tramadol hcl (Ultram)	T1	QL (8 tabs/day)
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
ULTRAM (<i>tramadol hcl</i>)	T3	QL (8 tabs/day)
XTAMPZA ER	T2	PA
ZOHYDRO ER (<i>hydrocodone bitartrate er</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/caffein</i> (Fiorinal With Codeine #3)	T1	PA
FIORINAL WITH CODEINE #3 (<i>butalbital compound-codeine</i>)	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> (Fioricet With Codeine)	T1	PA
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalb-acetaminoph-caff-codein</i>)	T3	PA
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA
ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T2	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)		
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL (145gm/30 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl</i>	T3	
<i>lidocaine/prilocaine</i>	T1	
LIDODERM (<i>lidocaine</i>)	T3	
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY	T3	
SYNERA	T3	
ZTLIDO	T2	
ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	
PYRIDIUM (<i>phenazopyridine hcl</i>)	T3	
ANTIALERGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)	T1	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T3	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T3	HD
<i>salsalate</i> (Disalcid)	T1	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T3	PA SP
<i>penicillamine</i>	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES (cont.)		
penicillamine (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
REDITREX	T2	PA
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
KINERET	T3	PA QL (28 syringes/28 days) SP
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T3	HD
<i>leflunomide</i> (Arava)	T1	HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T2	PA QL (1 pack/180 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, MOD. SELECT. COESTIM., INHIBIDORES DE CÉLULAS T		
ORENCIA	T3	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T3	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE	T3	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T2	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol</i> (Zyloprim)	T1	HD
<i>febuxostat 40 mg tablet</i> (Uloric)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>febuxostat 80 mg tablet</i> (Uloric)	T1	HD
ULORIC 40 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
ULORIC 80 MG TABLET (<i>febuxostat</i>)	T3	HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T3	HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL (30 tabs/30 days) SP
OLUMIANT	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
RINVOQ	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T2	PA QL (480ML/22 Days) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day) SP HD
XELJANZ XR	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium-misoprostol</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium-misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium ds</i>)	T3	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T3	ST HD
<i>fenoprofen calcium</i> (Nalfon)	T1	HD
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>ketoprofen 25 mg. 75 mg capsule</i>	T1	HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam</i> (Mobic)	T1	HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T3	ST HD
<i>nabumetone</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>profeno</i>)	T1	ST HD
NAPROSYN TABLET (<i>naproxen</i>)	T3	ST HD
<i>naproxen tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen</i> (Ec-naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T1	HD
<i>oxaprozin</i> (Daypro)	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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (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>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
QMIIZ ODT 15 MG TABLET	T3	ST HD
QMIIZ ODT 7.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium</i>	T1	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
CELEBREX 100 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 200 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
CELEBREX 400 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
CELEBREX 50 MG CAPSULE (<i>celecoxib</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>celecoxib 100 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 CAPS/DAY) HD
<i>celecoxib 200 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>celecoxib 400 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>celecoxib 50 mg capsule</i> (Celebrex)	T1	QL (2 caps/day) HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T1	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
INCRUSE ELLIPTA	T2	HD
LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	PA HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	PA HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T2	HD
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.)		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol sulfate (Albuterol Sulfate Hfa)</i>	T1	QL (18gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (18gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
ARCAPTA NEOHALER	T3	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
SEREVENT DISKUS	T2	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
BEVESPI AEROSPHERE	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR HFA	T2	HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
BREO ELLIPTA	T2	HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
FLUTICASONE-SALMETEROL	T1	HD
SYMBICORT	T2	HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
<i>budesonide (Pulmicort)</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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
PULMICORT FLEXHALER	T2	HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
SINGULAIR (<i>montelukast sodium</i>)	T3	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	QL (480ml/30 days) HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR	T2	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T2	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
DALIRESP 250 MCG TABLET	T3	QL (28 tabs/180 days) HD
DALIRESP 500 MCG TABLET	T3	QL (2 tabs/day) HD
XANTINAS		
THEO-24	T2	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
ANTIBIÓTICOS (Alergia/rociadores nasales)		
PREPARACIONES NASALES ANTIBIÓTICAS		
BACTROBAN NASAL	T2	
ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 (Medicamentos para los oídos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
CIPRO HC	T2	
CIPRODEX (<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	T3	
OTOVEL	T3	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
MAXITROL (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	T3	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
TOBRADEX EYE DROPS (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	T3	
TOBRADEX EYE OINTMENT	T2	
TOBRADEX ST	T3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T2	
BACIGUENT (<i>bacitracin</i>)	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE	T3	
CILOXAN	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>)	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX	T2	
VIGAMOX (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
ZYMAXID (<i>gatifloxacin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T2	
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
BACTRIM DS (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T3	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T3	PA QL (8ml/day) SP HD
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
KITABIS PAK	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI (<i>tobramycin</i>)	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
TOBI PODHALER	T2	PA QL (8 caps/day) SP HD
<i>tobramycin 1, 200 mg/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 1.2 gm vial</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS (cont.)		
<i>tobramycin 1.2 gram/30 ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 10 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)</i>	T1	PA QL (28 Therapy/56 days) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)</i>	T1	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>tobramycin 40 mg/ml vial</i>	T1	
<i>tobramycin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T3	
<i>metronidazole</i> (Flagyl)	T1	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>fosfomicin tromethamine</i> (Monurol)	T1	
HIPREX (<i>methenamine hippurate</i>)	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T2	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mbblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T3	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
MONUROL (<i>fosfomicin tromethamine</i>)	T3	
PRIMSOL	T2	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone 100 mg tablet</i>	T1	
<i>dapsone 25 mg tablet</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 ANTIMICOBACTERIANOS (cont.)		
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T3	PA HD
PASER <i>pyrazinamide</i>	T2	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T1	HD
TRECTOR	T2	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE <i>rifampin</i>	T2	
RIFATER	T1	
SIRTURO	T2	
	T3	SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T3	PA QL (3ml/day) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<i>cephalexin</i> (Keflex)	T1	
DAXBIA	T3	
KEFLEX (<i>cephalexin</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T1	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefopodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T3	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS (cont.)		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	T2	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin (pediatric)</i>)	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin 1 gm pwd packet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 100 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 200 mg/5 ml susp</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (Zithromax)	T1	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (Zithromax Tri-pak)	T1	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL (28 tabs/28 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL (5ML/Day)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	PA
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	PA
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T3	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
ZITHROMAX 250 MG Z-PAK TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T3	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
MACROBID (<i>nitrofurantoin mono-macro</i>)	T3	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T3	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i> (Macrofantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
SIVEXTRO	T3	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T3	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T2	PA
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin-clavulanate potass</i>)	T3	PA
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>)	T3	PA
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T3	PA QL (10 tabs/30 days)
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
AVELOX (<i>moxifloxacin hcl</i>)	T3	
BAXDELA	T3	PA
CIPRO 10% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 250 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO 5% SUSPENSION (<i>ciprofloxacin</i>)	T2	
CIPRO 500 MG TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS (cont.)		
<i>ciprofloxacín</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacín hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacín hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacín/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacín</i>	T1	
<i>moxifloxacín hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacín</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	ST
<i>coremino er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>coremino er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>coremino er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
DORYX	T3	PA
DORYX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T3	PA
DORYX MPC	T3	PA
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i> (Doryx)	T1	PA
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T1	PA
DOXYCYCLINE HYC DR 80 MG TAB	T3	PA
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T1	
DOXYCYCLINE IR-DR	T1	PA
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Monodox)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)

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

ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)

<i>doxycycline monohydrate</i> (Vibramycin)	T1	
MINOCIN (<i>minocycline hcl</i>)	T3	PA
MINOCYCLINE ER	T3	ST
<i>minocycline er 105 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 135 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 65 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 80 mg tablet</i> (Solodyn)	T1	
<i>minocycline er 90 mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i> (Minocin)	T1	
MINOLIRA ER	T3	ST
MONODOX (<i>mondoxynone nl</i>)	T3	
MONODOX (<i>okebo</i>)	T3	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
ORACEA	T3	PA
SEYSARA	T3	PA
SOLODYN (<i>minocycline hcl er</i>)	T3	PA
SOLOXIDE	T1	PA
TARGADOX	T3	PA
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE (<i>morgidox</i>)	T3	PA
VIBRAMYCIN 25 MG/5 ML SUSP (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	T2	
XIMINO	T3	ST

ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS

CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL (<i>vandazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
NUVESSA	T3	PA

ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS

FIRVANQ	T2	
VANCOGIN HCL (<i>vancomycin hcl</i>)	T3	PA
<i>vancomycin 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

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AMZEEQ	T3	PA
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCINT (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T1	PA
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
CLINDAGEL	T3	PA
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfatate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	PA
<i>mupirocin calcium</i>	T1	PA
XEPI	T3	
ZILXI	T3	PA
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
AVAR-E	T1	
AVAR-E GREEN	T2	PA
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMYLON	T2	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAG SODIUM CITRATE 4% SOL	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
BEVYXXA	T3	QL (42 caps/42 days)
ELIQUIS	T2	PA
SAVAYSA 15 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 30 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
SAVAYSA 60 MG TABLET	T3	PA
XARELTO	T2	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T3	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T1	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T1	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T2	QL (2ML/DAY) SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
heparin sod 1,000 unit/ml vial	T1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 2,000 unit/ml vl	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml (Heparin Sodium)	T1	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	T3	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (enoxaparin sodium)	T3	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (enoxaparin sodium)	T3	QL (2 syringes/day) SP

INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES

PRADAXA	T3	PA HD
---------	----	-------

ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

MOVANTIK	T3	PA
RELISTOR	T3	PA
SYMPROIC	T3	PA

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

ANTAGONISTAS OPIOIDES

EVZIO	T3	PA QL (0.8ml/day)
KLOXXADO	T2	PA QL (2 sprays/30 days)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
NALOXONE 2 MG AUTO-INJECTOR	T3	QL (0.8ml/day)
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naltrexone hcl</i>	T1	QL (180 tabs/30 days)
NARCAN	T2	QL (2 units/30 days)
ZIMHI	T3	QL (2 inj/month)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
DIFLUCAN (<i>fluconazole</i>)	T3	PA
<i>fluconazole</i> (Diflucan)	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i> (Sporanox)	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T3	PA
NOXAFIL DR 100 MG TABLET (<i>posaconazole</i>)	T3	PA
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
SPORANOX (<i>itraconazole</i>)	T3	PA
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
TOLSURA	T3	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T3	PA
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> (Gris-peg)	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
GRIS-PEG (<i>griseofulvin ultramicrosize</i>)	T3	
<i>nystatin</i>	T1	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole/betamethasone dip</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 (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox (Loprox)</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine (Loprox)</i>	T1	
DIFMETIOXRIME	T3	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
ERTACZO	T3	PA
EXELDERM	T3	PA
EXODERM	T1	
EXTINA (<i>ketodan</i>)	T3	PA
FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA	T3	
HEXIOUNYL	T3	
JUBLIA	T3	PA
KERYDIN	T3	PA
KERYDIN (<i>tavaborole</i>)	T3	PA
<i>ketoconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole (Extina)</i>	T1	
<i>ketoconazole/skin cleanser 28</i>	T1	
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox</i>)	T3	PA
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox</i>)	T3	
LOPROX 1% SHAMPOO (<i>ciclopirox</i>)	T3	PA
LULICONAZOLE	T1	
LUZU	T3	PA
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	T1	PA
<i>naftifine hcl</i>	T1	
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	
NAFTIN	T2	
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T2	
<i>nystatin</i>	T1	
<i>nystatin/triamcinolone acet</i>	T1	
<i>oxiconazole nitrate (Oxistat)</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
OXISTAT 1% CREAM (<i>oxiconazole nitrate</i>)	T3	PA
OXISTAT 1% LOTION	T2	PA
RIMI	T3	
SULCONAZOLE NITRATE	T3	PA
<i>tavorole</i> (Kerydin)	T1	PA
VUSION	T3	PA
XOLEGEL	T3	PA
COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T1	
COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T1	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i> (Ryvent)	T1	PA
<i>clemastine fumarate</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i>	T1	
<i>cyproheptadine hcl</i> (Cyproheptadine Hcl)	T1	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T1	PA
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	PA
<i>promethazine hcl</i>	T1	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T3	PA
RYVENT	T3	PA
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T3	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
<i>cetirizine hcl</i>	T1	HD
CLARINEX (<i>desloratadine</i>)	T3	HD
<i>desloratadine 2.5 mg odt</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>desloratadine 5 mg odt</i>	T1	HD
<i>desloratadine 5 mg tablet</i> (Clarinet)	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

ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
BEPREVE	T3	PA
<i>epinastine hcl</i>	T1	
LASTACAFT	T3	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop (Pataday)</i>	T1	
PATADAY (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	
PATANOL 0.1%		
PAZEO	T2	
ZERVIATE	T2	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	T1	PA QL (1 tab/day) HD
OSENI	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN	T3	PA QL (1 pen/28 days) HD
BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T2	QL (1 pen/30 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ML/21 Days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN		
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
VICTOZA 2-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST HD
VICTOZA 3-PAK	T3	QL (3 pens/30 days) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	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	
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)			
FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
INVOKANA	T3	PA QL (1 tab/day) ST HD	
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
STEGLATRO	T3	PA QL (1 tab/day) ST HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA			
CYCLOSET	T3	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA			
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD	
GLYSET (<i>miglitol</i>)	T3	HD	
<i>miglitol</i> (Glyset)	T1	HD	
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T3	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA			
SYMLINPEN 120	T2	HD	
SYMLINPEN 60	T2	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS			
FORTAMET (<i>metformin er osmotic</i>)	T3	PA HD	
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD	
GLUMETZA (<i>metformin er gastric</i>)	T3	PA HD	
<i>metformin hcl</i>	T1	HD	
<i>metformin hcl</i> (Fortamet)	T1	PA HD	
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD	
<i>metformin hcl</i> (Glumetza)	T1	PA HD	
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD	
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD	
RIOMET ER	T3	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4			
ALOGLIPTIN	T1	PA QL (1 tab/day) HD	
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
NESINA	T3	PA QL (1 tab/day) HD	
ONGLYZA	T3	PA QL (1 tab/day) HD	
TRADJENTA	T3	PA QL (2 tabs/day) HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA			
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD	
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD	
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD	
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
QTERN	T2	QL (1 tab/day) ST HD
STEGLUJAN	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET (<i>pioglitazone-metformin</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
ALOGLIPTIN-METFORMIN	T1	PA QL (2 tabs/day) HD
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JENTADUETO	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KAZANO	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day) HD
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
<i>ACTOS (pioglitazone hcl)</i>	T3	HD
AVANDIA	T3	HD
<i>pioglitazone hcl (Actos)</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
KORLYM	T3	PA SP
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
INVOKAMET	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
INVOKAMET XR	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
SEGLUROMET	T3	PA QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD
INSULINAS		
ADMELOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
ADMELOG SOLOSTAR	T3	QL (1.5ml/day) HD
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (36 cartridges/day) HD
AFREZZA 4 UNIT/8 UNIT/12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE	T3	PA QL (18 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-4 UNIT / 90-8 UNIT	T3	PA QL (12 cartridges/day) HD
AFREZZA 90-8 UNIT / 90-12 UNIT	T3	PA QL (6 cartridges/day) HD
APIDRA	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
APIDRA SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
FIASP	T3	PA QL (1.5ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
FIASP FLEXTOUCH	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
FIASP PENFILL	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ML/DAY) HD
INSULIN ASPART	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART PENFILL	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN ASPART PROT-INSULN ASP	T2	QL (2ML/DAY) HD
INSULIN LISPRO	T2	PA QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	QL (2ml/day) HD
LANTUS	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LANTUS SOLOSTAR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LEVEMIR FLEXTOUCH	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
NOVOLOG	T3	PA QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG FLEXPEN	T2	QL (1.5ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30	T2	QL (2ml/day) HD
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	T2	QL (2ml/day) HD
SEMGLEE	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
SEMGLEE PEN	T3	PA QL (1.5ML/DAY) HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	PA QL (0.6ml/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN- ANTIBACTERIANOS		
TINDAMAX (<i>tinidazole</i>)	T3	
<i>tinidazole</i>	T1	
<i>tinidazole</i> (Tindamax)	T1	
AMEBICIDAS		
<i>paromomycin sulfat</i> e	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>ivermectin</i> (Stromectol)	T1	PA
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T3	PA
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
KRINTAFEL	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
MALARONE (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	T3	PA
<i>mefloquine hcl</i>	T1	
PLAQUENIL (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T3	PA QL (30 tabs/365 days)
PRIMAQUINE	T1	
primaquine phosphate (Primaquine)	T1	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T3	PA
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
MEPRON	T3	PA
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T3	PA
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T3	
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<i>glycine urologic solution</i>	T3	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T1	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIANDROGÉNICOS TÓPICOS		
WINLEVI	T3	PA
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	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	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ADALIMUMAB-FKJP (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
AMJEVITA SLP	T3	PA QL (2 SYRINGES/28 DAYS) SP HD
AVSOLA	T2	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T2	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) START KT	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T2	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T2	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HADLIMA (CF-citrate free)	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
HUMIRA	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF)	T2	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEDIATRIC CROHN'S	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T2	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA (CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	T2	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T2	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T2	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
IDACIO (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
INFLECTRA	T2	PA SP HD
REMICADE	T3	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJEC	T3	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
YUFLYMA	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
YUSIMRY (CF)	T3	PA QL (2 doses/ 28 days) SP
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD
TARGRETIN 75 MG CAPSULE (<i>bexarotene</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T3	PA SP HD
ZOLINZA	T2	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES		
ALKERAN (<i>melfalan</i>)	T3	SP
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T1	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T3	PA SP HD
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T3	PA SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melfalan</i> (Alkeran)	T1	SP
MYLERAN	T2	
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T3	PA SP HD
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA	T2	PA SP HD
<i>flutamide</i>	T1	
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day)
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
YONSA	T3	PA SP HD
ZYTIGA (<i>abiraterone acetate</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
ONUREG	T3	PA QL (14 Tabs/28 Days) SP
PURIXAN	T3	SP
TABLOID	T3	
TREXALL	T2	
XATMEP	T3	
XELODA (<i>capecitabine</i>)	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane (Aromasin)</i>	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T3	PA SP HD
ZELBORAF	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO	T3	PA SP HD
ERIVEDGE	T2	PA SP HD
ODOMZO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
KRAZATI	T3	PA QL (6 TABS/DAY) SP CSL
LUMAKRAS	T3	PA SP QL (8 tabs per day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2 (cont.)		
MEKTOVI	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR	T3	PA SP HD
AFINITOR (everolimus)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
everolimus 2.5 mg tablet (Afinitor)	T1	PA SP HD
everolimus 5 mg tablet (Afinitor)	T1	PA SP HD
everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI 200 MG	T2	PA QL (21 per 28 days) SP HD
KISQALI 400 MG	T2	PA QL (42 per 28 days) SP HD
KISQALI 800 MG	T2	PA QL (63 per 28 days) SP HD
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack per 28 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T3	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
lenalidomide	T1	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T4	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
leuprolide acetate	T1	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T3	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
ZOLADEX	T2	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T3	PA SP HD
ORGOVYX	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T2	PA QL(8 TABS/DAY) SP HD CSL
ALUNBRIG	T3	PA SP HD
AYVAKIT	T3	PA QL (1 tab/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

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
BALVERSA	T3	PA SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl (Tarceva)</i>	T1	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
FOTIVDA	T3	PA QL (30 caps/30 days) SP HD
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate (Gleevec)</i>	T1	PA SP HD
IMBRUVICA	T2	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
KISQALI	T2	PA SP HD CSL
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (5 TABS/DAY) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NEXAVAR	T3	PA SP HD
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T3	PA SP HD
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TARCEVA (erlotinib hcl)	T3	PA SP HD
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP
TUKYSA	T3	PA SP
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA QL(4 CAPS/DAY) SP CSL
TYKERB (lapatinib)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VERZENIO	T2	PA QL (120mg/day) SP HD
VITRAKVI	T3	PA SP HD
VIZIMPRO	T3	PA SP HD
VOTRIENT	T3	PA SP HD
XALKORI	T3	PA SP HD
XOSPATA	T3	PA SP
ZEJULA	T2	PA SP
ZYDELIG	T3	PA SP HD
ZYKADIA	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL(2 CAPS/DAY) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
ENHERTU	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD
LYSODREN	T2	
MATULANE	T2	SP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	PA
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIB. SELECT. DE LA EXP. NUCLEAR (SINE)		
XPROVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T3	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T2	PA SP HD
BESREMI	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T3	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T1	
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
CARAC	T3	PA
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	T1	PA
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil (Efudex)</i>	T1	
KLISYRI	T3	PA QL (5 packs/30 Days)
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T2	
TARGRETIN 1% GEL	T3	SP HD
TOLAK	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

ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS (cont.)

VALCHLOR	T3	SP HD
----------	----	-------

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)

ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD

ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T3	PA
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	
<i>benzphetamine hcl</i> (Regimex)	T1	
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	
LOMAIRA	T1	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i>	T1	
<i>phentermine hcl</i> (Adipex-p)	T1	
QSYMIA	T3	PA
REGIMEX (<i>benzphetamine hcl</i>)	T3	

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD

IMCIVREE	T3	PA QL (9 ML/22 DAYS) SP
----------	----	-------------------------

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD

SAXENDA	T3	PA
WEGOVY	T2	PA QL (1 BOX/MONTH)

AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD

BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA

ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD

CONTRAVE	T3	PA
----------	----	----

AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS

XENICAL	T3	PA
---------	----	----

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)

ANTIPARASITARIOS

ALINIA	T3	
ALINIA (<i>nitazoxanide</i>)	T3	
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	

ANTIPARASITARIOS TÓPICOS

<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3	
EURAX 10% CREAM	T2	
EURAX 10% LOTION	T3	
<i>ivermectin</i> (Sklice)	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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS (cont.)		
NATROBA (<i>spinosad</i>)	T3	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	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>amantadine hcl</i>	T1	HD
APOKYN	T3	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T3	HD
DHIVY	T3	PA
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
GOCOVRI	T3	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 3 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
ONGENTYS	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) HD
OSMOLEX ER 129 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 193 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 322 MG DAILY DOSE	T3	QL (2 tabs/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 150 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD
ZELAPAR	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
ASPIRIN-OMEPRAZOLE	T3	PA HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
YOSPRALA	T3	PA HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agyrin)	T1	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES-INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
SUNLENCA 463.5 MG/1.5 ML VIAL	T3	PA SP
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	T3	PA QL(5 TABS/180 DAYS) SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
CABENUVA	T3	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS (cont.)		
PREZCOBIX	T3	PA SP
PREZISTA	T2	SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T3	PA SP
DESCOVY	T2	PA SP PPACA
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg (Truvada)</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg (Truvada)</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
TRUVADA (<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfato/lamivudine (Epzicom)</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine (Trizivir)</i>	T1	PA SP
COMBIVIR (<i>lamivudine-zidovudine</i>)	T3	PA SP
EPZICOM (<i>abacavir-lamivudine</i>)	T3	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine (Combivir)</i>	T1	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>)	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY)
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz (Sustiva)</i>	T1	PA SP
INTELENCE	T3	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine (Viramune Xr)</i>	T1	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)		
<i>nevirapine</i> (Viramune)	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T3	PA SP
VIRAMUNE (<i>nevirapine</i>)	T3	PA SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine er</i>)	T3	PA SP
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T1	PA SP
<i>didanosine</i> (Videx Ec)	T1	PA SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T3	PA SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T3	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i> (Eпивir)	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i> (Eпивir)	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i> (Eпивir)	T1	PA SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T3	PA SP
<i>stavudine</i>	T1	PA SP
VIDEX EC	T3	PA SP
VIDEX EC (<i>didanosine</i>)	T3	PA SP
ZIAGEN (<i>abacavir</i>)	T3	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T1	SP
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	PA SP
VIREAD 150 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 200 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 250 MG TABLET	T2	PA SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T3	PA SP
VIREAD POWDER	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T3	PA SP
KALETRA 200-50 MG TABLET	T3	PA SP
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	T3	PA SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T1	PA SP
CRIXIVAN	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (cont.)		
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T3	PA SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T2	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T3	PA SP
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	T2	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T3	PA SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T2	PA SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	SP
VIRACEPT	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APREUDE	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
ATRIPLA (<i>efavirenz-emtricit-tenofov disop</i>)	T3	PA SP
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovr df</i> (Atripla)	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
<i>SYMFI (efavirenz-lamivu-tenofov disop)</i>	T3	PA SP
<i>SYMFI LO (efavirenz-lamivu-tenofov disop)</i>	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
<i>trifluridine</i>	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
<i>acyclovir 200 mg capsule</i>	T1	
<i>acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)</i>	T1	
<i>acyclovir 400 mg tablet</i>	T1	
<i>acyclovir 800 mg tablet</i>	T1	
<i>famciclovir</i>	T1	
FLUMADINE (<i>rimantadine hcl</i>)	T3	
LIVTENCITY	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)</i>	T1	QL (180ml/30 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (20/30 days)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (10/30 days)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)</i>	T1	QL (10 caps/30 days)
PREVYMIS	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
<i>rimantadine hcl (Flumadine)</i>	T1	
SITAVIG	T3	PA QL (2 tabs/Rx)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (<i>oseltamivir phosphate</i>)	T3	QL (10/30 days)
<i>valacyclovir hcl (Valtrex)</i>	T1	
VALCYTE (<i>valganciclovir hcl</i>)	T3	PA
<i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i>	T1	
VALTrex (<i>valacyclovir</i>)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T3	PA
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS (cont.)		
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 400 MG TABLET	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	T3	PA SP HD
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T2	SP HD
BARACLUDE 0.5 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
BARACLUDE 1 MG TABLET (<i>entecavir</i>)	T3	PA SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i> (Baraclude)	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i> (Baraclude)	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine hbv</i>)	T3	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T2	SP
HEPSERA (<i>adefovir dipivoxil</i>)	T3	SP HD
<i>lamivudine</i> (Epiriv Hbv)	T1	SP
VELMIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T2	PA SP HD
PEGINTRON	T2	PA SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 200 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere 400 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	SP
<i>ribasphere ribapak 200-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 400-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-400 mg</i>	T1	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.)		
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
MAVYRET	T3	PA SP HD
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
XERESE	T3	PA QL (5gm/30 days)
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T1	PA QL (5gm/30 days)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	T1	PA QL (15gm/30 days)
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
DENAVIR	T3	QL (10 gm/30 days)
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (10 gm/30 days)
ZOVIRAX 5% OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	T3	PA QL (15gm/30 days)
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	PA
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
AUVI-Q	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPINEPHRINE	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine (AUVI-Q)</i>	T3	PA QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine (Epipen 2-pak)</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine (Epipen Jr 2-pak)</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (4 PENS/22 DAYS)
EPIPEN 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (2 packs/30 days)
EPIPEN JR (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (4 PENS/22 DAYS)
EPIPEN JR 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL (2 packs/30 days)
SYMJEPI	T3	PA QL (4 syringes/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 AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T3	HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T3	HD
<i>galantamine er 16 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 24 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>galantamine er 8 mg capsule</i> (Razadyne Er)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide er</i>)	T3	HD
MESTINON (<i>pyridostigmine bromide</i>)	T3	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	PA QL (20 tabs/day) HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	HD
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE (<i>galantamine er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
ADDERALL XR (<i>dextroamphetamine-amphet er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
ADZENYS ER	T3	PA QL (15ml/day)
ADZENYS XR-ODT	T3	PA QL (1 tab/day)
AMPHETAMINE	T3	PA QL (15ml/day)
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
DESOXYN	T3	PA QL (5 TABS/DAY)
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (3 caps/day)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG (<i>dextroamphetamine sulfate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i> (Adderall Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (3 caps/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i> (Dexedrine)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	PA
DYANA VEL XR	T3	PA QL (8ml/day)
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
EVEKEO ODT	T3	PA
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	PA
MYDAYIS	T2	PA QL (1 cap/day) ST
XELSTRYM	T3	PA QL (1 PATCH/DAY)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

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

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)

EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS

GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
---------	----	-------------------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS (cont.)		
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
PALFORZIA	T3	PA SP
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T3	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T3	PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD 2020-2021	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (3YR UP)	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2020-21 (6-35MO)	T2	PPACA
EZ FLU 2018-2019 (FLUCELVAX)	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 EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUMIST QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T2	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 dosis/lifetime) PPACA
TWINRIX	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 (cont.)		
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T3	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIIIIO	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C3)		
EMPAVELI	T2	PA SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO (C5)		
TAVNEOS	T3	PA QL (6 caps/day)SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T3	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
OXBRYTA	T3	PA QL (5 tabs/day) SP HD
SIKLOS	T3	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> (Gelfoam)	T1	
GELFOAM	T3	
GELFOAM (<i>surgifoam</i>)	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
MONSEL's	T3	
RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
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		
RANEXA (<i>ranolazine er</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide 125 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>dofetilide 250 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>dofetilide 500 mcg capsule</i> (Tikosyn)	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	PA HD
NORPACE (<i>disopyramide phosphate</i>)	T3	PA HD
NORPACE CR	T3	HD
<i>pacerone 100 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>pacerone 200 mg tablet</i>	T1	HD
<i>pacerone 400 mg tablet</i>	T3	PA HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T3	PA QL (1 tab/day)
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>)	T3	PA HD
CARDIZEM LA 120 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CONJUPRI	T3	PA HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
KATERZIA	T3	PA QL (10ml/day) HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Adalat Cc)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XI)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 17 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>nisoldipine er 25.5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 34 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD
<i>nisoldipine er 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet</i> (Sular)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	HD
NORLIQVA	T2	PA QL (10ml/day) HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
THIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T1	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30caps/30days) SP
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T1	HD
LANOXIN	T3	PA HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T3	PA HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR	T2	PA HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T3	PA QL (1 tab/day)
VASODILADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
GONITRO	T3	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T3	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 10 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 20 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 30 mg tab</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate 40 mg tab</i> (Isordil)	T1	PA HD
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab</i> (Isordil Titradoso)	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	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.)		
NITRO-DUR 0.1 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.2 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.3 MG/HR PATCH	T2	HD
NITRO-DUR 0.4 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.6 MG/HR PATCH	T3	HD
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	T2	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitro-dur)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrolingual)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitromist)	T1	HD
<i>nitroglycerin</i> (Nitrostat)	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T2	PA SP HD
---------	----	----------

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

ADCIRCA (<i>tadalafil</i>)	T3	PA SP HD
LIQREV	T3	PA SP
REVIATIO (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	PA SP HD
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA SP HD
TADLIQ	T3	PA SP HD

ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA SP HD
LETAIRIS (<i>ambrisentan</i>)	T3	PA SP HD
OPSUMIT	T2	PA SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T2	PA SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T3	PA SP HD

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

ORENITRAM ER	T3	PA SP HD
--------------	----	----------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
LOTREL (<i>amlodipine besylate-benazepril</i>)	T3	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
TARKA (<i>trandolapril-verapamil er</i>)	T3	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>trandolapril/verapamil hcl (Tarka)</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
ACCURETIC (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i>	T1	HD
LOTENSIN HCT (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
VASERETIC (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
ZESTORETIC (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	T3	ST HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA (cont.)		
<i>carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	HD
COREG (<i>carvedilol</i>)	T3	ST HD
COREG CR 10 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 20 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 40 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
COREG CR 80 MG CAPSULE (<i>carvedilol er</i>)	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
CARDURA (<i>doxazosin mesylate</i>)	T3	HD
CARDURA XL	T3	HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T3	HD
<i>prazosin hcl (Minipress)</i>	T1	HD
<i>terazosin hcl</i>	T1	HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid (Exforge Hct)</i>	T1	HD
EXFORGE HCT (<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>)	T3	PA HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid (Tribenzor)</i>	T1	HD
TRIBENZOR (<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>)	T3	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T2	HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>ATACAND HCT (candesartan-hydrochlorothiazid)</i>	T3	ST HD
<i>AVALIDE (irbesartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	ST HD
<i>BENICAR HCT 20-12.5 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>BENICAR HCT 40-12.5 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	ST HD
<i>BENICAR HCT 40-25 MG TABLET (olmesartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	ST HD
<i>candesartan/hydrochlorothiazid (Atacand Hct)</i>	T1	HD
<i>DIOVAN HCT (valsartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	ST HD
EDARBYCLOR	T3	PA HD
<i>HYZAAR (losartan-hydrochlorothiazide)</i>	T3	ST HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide (Avalide)</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide (Hyzaar)</i>	T1	HD
<i>MICARDIS HCT 40-12.5 MG TABLET (telmisartan-hydrochlorothiazid)</i>	T3	QL (1 tab/day) ST HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)

MICARDIS HCT 80-12.5 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
MICARDIS HCT 80-25 MG TABLET (<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i> (Micardis Hct)	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD

BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i> (Azor)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i> (Azor)	T1	HD
AZOR 10-20 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
AZOR 10-40 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
AZOR 5-20 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZOR 5-40 MG TABLET (<i>amlodipine-olmesartan</i>)	T3	HD
EXFORGE (<i>amlodipine-valsartan</i>)	T3	PA HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD

ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA

ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T3	ST HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T3	ST HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
EPANED	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T3	ST HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)		
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
PRINIVIL (<i>lisinopril</i>)	T3	ST HD
QBRELIS	T3	PA HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T3	ST HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T3	ST HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
ATACAND (<i>candesartan cilexetil</i>)	T3	ST HD
AVAPRO (<i>irbesartan</i>)	T3	ST HD
BENICAR 20 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
BENICAR 40 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
BENICAR 5 MG TABLET (<i>olmesartan medoxomil</i>)	T3	ST HD
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
COZAAR (<i>losartan potassium</i>)	T3	ST HD
DIOVAN (<i>valsartan</i>)	T3	ST HD
EDARBI 40 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
EDARBI 80 MG TABLET	T3	PA HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
MICARDIS 20 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 40 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MICARDIS 80 MG TABLET (<i>telmisartan</i>)	T3	ST HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i> (Benicar)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i> (Micardis)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan</i> (Diovan)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	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

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 (<i>metirosine</i>)	T3	HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES (<i>clonidine hcl</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T3	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS (cont.)		
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 1)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 2)	T1	HD
<i>clonidine</i> (Catapres-tts 3)	T1	HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyl dopa</i>	T1	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<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>sotalol af</i>)	T3	PA HD
BETAPACE (<i>sotalol</i>)	T3	PA HD
BETAPACE AF (<i>sotalol af</i>)	T3	PA HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
BYSTOLIC 10 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
BYSTOLIC 20 MG TABLET	T3	PA HD
BYSTOLIC 5 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CORGARD (<i>nadolol</i>)	T3	PA HD
HEMANGEOL	T3	PA HD
INDERAL LA (<i>propranolol hcl er</i>)	T3	PA HD
INDERAL XL	T3	PA HD
INNOPRAN XL	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

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.)		
KAPSPARGO SPRINKLE	T3	PA HD
LOPRESSOR (<i>metoprolol tartrate</i>)	T3	PA 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>	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T3	PA HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
TOPROL XL (<i>metoprolol succinate</i>)	T3	PA HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
DUTOPROL	T3	PA HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	T3	PA HD
ZIAC (<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>)	T3	PA HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i> (Tekturna)	T1	HD
TEKTURNA 150 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA 300 MG TABLET (<i>aliskiren</i>)	T3	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURNA HCT 150-12.5 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) HD
TEKTURNA HCT 150-25 MG TABLET	T2	HD
TEKTURNA HCT 300-12.5 MG TAB	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (cont.)		
TEKURNA HCT 300-25 MG TABLET	T2	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
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 calcium</i>	T1	PA HD
<i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i>	T1	HD
ROSZET	T3	PA HD
VYTORIN (<i>ezetimibe-simvastatin</i>)	T3	ST HD

ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-20 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-40 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 10-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-10 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 2.5-40 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-10 mg (Caduet)</i>	T1	HD
<i>amlodipine-atorvast 5-20 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-40 mg (Caduet)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-atorvast 5-80 mg (Caduet)</i>	T1	HD
CADUET 10 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 10 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-10 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
CADUET 5 MG-20 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-40 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CADUET 5 MG-80 MG TABLET (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	T3	HD
LIVALO	T3	PA QL

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100

KYNAMRO	T3	PA SP
---------	----	-------

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA

NEXLETOL	T2	PA QL (1 tab/day)
----------	----	-------------------

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T3	PA QL SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
PRALUENT PEN	T3	PA
REPATHA PUSHRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T2	PA QL (1 SYRINGE/DAY)
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
ALTOPREV 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
ALTOPREV 40 MG TABLET	T3	ST HD
ALTOPREV 60 MG TABLET	T3	ST HD
<i>atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	HD
CRESTOR 10 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CRESTOR 20 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
CRESTOR 40 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA HD
CRESTOR 5 MG TABLET (<i>rosuvastatin calcium</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
EZALLOR SPRINKLE 10 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 20 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE	T3	ST HD
EZALLOR SPRINKLE 5 MG CAPSULE	T3	QL (1 tab/day) ST HD
FLOLIPID	T3	ST HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>fluvastatin sodium (Lescol XI)</i>	T1	HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin er</i>)	T3	PA HD
LIPITOR (<i>atorvastatin calcium</i>)	T3	PA HD
LIVALO 1 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 2 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD
LIVALO 4 MG TABLET	T2	ST HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
PRAVACHOL (<i>pravastatin sodium</i>)	T3	PA HD
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i> (Pravachol)	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i> (Crestor)	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i> (Crestor)	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i> (Zocor)	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
ZOCOR	T3	PA HD
ZYPITAMAG	T3	ST HD
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID 1 GM TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID FLAVORED GRANULES	T2	HD
COLESTID FLAVORED GRANULES	T3	HD
COLESTID GRANULES	T3	HD
COLESTID GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
COLESTID GRANULES PACKET (<i>colestipol hcl</i>)	T3	HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine</i>)	T3	HD
QUESTRAN LIGHT (<i>prevalite</i>)	T3	HD
WELCHOL (<i>colesevelam hcl</i>)	T3	PA HD
LIPOTRÓPICOS		
ANTARA	T3	PA HD
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS		
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i>	T1	HD
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T1	HD
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	T3	PA HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i>	T1	HD
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline) (Trilipix)</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (Fibricor)</i>	T1	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T3	PA HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil (Lopid)</i>	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin (Niacor)</i>	T1	PA HD
<i>niacin (Niaspan)</i>	T1	HD
NIACOR	T3	PA HD
NIASPAN (<i>niacin er</i>)	T3	HD
TRICOR (<i>fenofibrate</i>)	T3	ST HD
TRIGLIDE	T3	ST HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
ZETIA (<i>ezetimibe</i>)	T3	HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
<i>memantine hcl</i>	T1	HD
<i>memantine hcl (Namenda)</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 (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

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

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)

<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA 10 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 5 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T2	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

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

NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
NAMZARIC TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN	T3	PA
RADICAVA ORS	T3	PA QL (50ml/28days) SP
RELYVRIO	T3	PA QL(2 PACKS/DAY) SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T3	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	SP HD
TIGLUTIK	T3	PA SP

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 12 MG TABLET		PA QL (30 tabs/30 days) SP HD
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	T3	PA QL (50 tabs/30 days) SP HD
HORIZANT	T3	PA
INGREZZA	T3	PA SP
INGREZZA INITIATION PACK	T3	PA QL (28 caps/year) SP
<i>tetrabenazine</i> (Xenazine)	T1	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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		
XENAZINE (<i>tetrabenazine</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO (<i>teriflunomide</i>)	T3	PA SP HD
AVONEX	T2	PA SP HD
AVONEX PEN	T2	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T2	PA SP HD
COPAXONE (<i>glatopa</i>)	T3	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T1	HD
EXTAVIA	T3	PA SP HD
GILENYA	T3	PA SP HD
glatiramer	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i> (Copaxone)	T1	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
KESIMPTA PEN	T2	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T2	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T2	PA SP HD
PONVORY	T2	PA SP HD
REBIF	T2	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T2	PA SP HD
TASCENSO ODT 0.25 MG TABLET	T3	PA QL(1 TAB/DAY) SP
TECFIDERA (<i>dimethyl fumarate</i>)	T3	PA SP HD
<i>teriflunomide</i> (Aubagio)	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD
ZEPOSIA	T3	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
AMPYRA (<i>dalfampridine er</i>)	T3	PA SP HD
<i>dalfampridine</i> (Ampyra)	T1	PA SP HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT. (cont.)		
FIRDAPSE	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
RUZURGI	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
ANÁLOGOS DE GLIPROMATO (GPE)		
DAYBUE	T3	PA QL (120ml/day) SP
AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA		
GRALISE	T3	PA
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)		
ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS		
<i>clobazam</i> (Onfi)	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T1	HD
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
SYMPAZAN	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (5 Boxes/30 Days) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 600 MG TABLET	T3	PA HD
APTIOM 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	T3	PA QL (80ml/day) HD

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

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

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT	T3	PA HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
CELONTIN	T2	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium er</i>)	T3	PA HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T3	PA HD
DIACOMIT	T3	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	PA HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T3	PA HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	PA
EPRONTIA	T3	PA
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T3	PA HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 12 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 2 MG TABLET	T2	PA HD
FYCOMPA 4 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
GABITRIL 16 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
GABITRIL 2 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
KEPPRA (<i>levetiracetam</i>)	T3	PA HD
KEPPRA (<i>roweepra</i>)	T3	PA HD
KEPPRA XR (<i>levetiracetam er</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (BLUE) (<i>subvenite (blue)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (GREEN) (<i>subvenite (green)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (<i>lamotrigine</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (ORANGE) (<i>subvenite (orange)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL (<i>subvenite</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (BLUE) (<i>lamotrigine odt (blue)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (GREEN) (<i>lamotrigine odt (green)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (<i>lamotrigine odt</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL ODT (ORANGE) (<i>lamotrigine odt (orange)</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (<i>lamotrigine er</i>)	T3	PA HD
LAMICTAL XR (ORANGE)	T3	PA HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	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.)		
OXTELLAR XR	T3	PA HD
PEGANONE	T2	HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T3	PA HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate er</i>)	T3	PA HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ML/DAY) HD
SABRIL (<i>vigabatrin</i>)	T3	PA SP HD
SABRIL (<i>vigadrone</i>)	T3	PA SP HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
TOPAMAX (<i>topiramate</i>)	T3	PA HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate er</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 CAP/DAY) HD
TRILEPTAL (<i>oxcarbazepine</i>)	T3	PA HD
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL (1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL (1 CAP/DAY) HD
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE (<i>topiramate</i>)	T3	PA QL (1 CAP/DAY) HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</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 (cont.)		
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T1	SP HD
VIMPAT	T2	PA HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	PA QL (2/Day) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	PA QL (1/Day) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	PA QL (1/28 Days) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T3	PA HD
ZONEGRAN (<i>zonisamide</i>)	T3	PA HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD
ZONISADE	T3	PA QL (6 bottles/30 days)

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

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

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

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

ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES (cont.)

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

ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T3	PA SP
GRANIX	T3	PA SP
LEUKINE	T2	SP
NEULASTA	T2	PA SP
NEULASTA ONPRO	T2	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
GENERESS FE (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
LO LOESTRIN FE	T2	HD
LOESTRIN (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>norethindrone-eth estradiol-fe</i>)	T3	HD
LOESTRIN FE (<i>tarina fe 1-20 eq</i>)	T3	HD
LOSEASONIQUE (<i>lojaimiess</i>)	T3	HD
MICROGESTIN 24 FE (<i>tarina 24 fe</i>)	T3	HD
MINASTRIN 24 FE (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
MIRCETTE (<i>volnea</i>)	T3	HD
NATAZIA	T3	HD
NEXTSTELLIS	T3	HD
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T3	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i> (Ortho Micronor)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Estrostep Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Microgestin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg (21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
ORTHO MICRONOR (<i>tulana</i>)	T3	HD
QUARTETTE (<i>rivelsa</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD
SEASONIQUE (<i>simpesse</i>)	T3	HD
SLYND	T3	HD
TAYTULLA (<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>)	T3	HD
TYBLUME	T3	HD
YASMIN 28 (<i>zumandimine</i>)	T3	HD
YAZ (<i>vestura</i>)	T3	HD
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
TWIRLA	T3	HD PPACA
DIAFRAGMAS/CAPUCHONES CERVICALES		
CAYA CONTOURED	T1	PPACA
FEMCAP	T1	PPACA
WIDE SEAL DIAPHRAGM	T1	PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T3	SP PPACA
LILETTA	T3	SP PPACA
MIRENA	T3	SP PPACA
PARAGARD T 380-A	T3	SP PPACA
SKYLA	T3	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.ª GENERACIÓN		
RESPA A.R.	T3	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate 100 mg capsule (Tessalon Perle)</i>	T1	
<i>benzonatate 150 mg capsule</i>	T1	PA
<i>benzonatate 200 mg capsule</i>	T1	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>benzonatate perle 100 mg cap (Tessalon Perle)</i>	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (<i>brompheniramine-pseudoephed-dm</i>)	T3	PA
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i>	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</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
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS (cont.)

<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)

ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN

<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	PA
<i>promethazine-codeine solution</i>	T1	PA QL (480ML/22 Days)
<i>promethazine-codeine syrup</i>	T1	PA QL (480ml/30 days)
TUSSICAPS	T2	PA
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)

COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

HYCODAN (<i>hydromet</i>)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)

COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES

HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)

DIAGNÓSTICO (Diabetes)

DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP	T3	
--------------------------------	----	--

DIAGNÓSTICO (Varios)

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS

ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	

PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS (cont.)

GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T2	
<i>lidocaine hcl/glycerin</i> (Advanced Dna Medicated Collect)	T1	
PROVOCHOLINE	T3	
TC99M SULFUR COLLOID PREP	T1	

AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR

<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg opth strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	
<i>lissamine green</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T2 – Habitualmente marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos
T3 – Habitualmente marcas no preferidas ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T2	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	
<i>diatrizoate meglumine, sodium (Gastrografin)</i>	T1	
<i>GASTROGRAFIN (md-gastroview)</i>	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
SAMSCA	T3	PA SP
<i>SAMSCA (tolvaptan)</i>	T3	PA SP
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	T3	SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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	PA HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecin)	T1	PA HD
FUROSCIX	T3	PA QL(2 KITS/30 DAYS) HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T3	PA HD
<i>torseamide</i>	T1	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 30 MG TABLET	T3	SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T3	PA HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR	T3	PA HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i> (Aldactazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide)	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Maxzide-25 Mg)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T2	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
THALITONE	T3	PA HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal spray</i> (Patanase)	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone</i> (Dymista)	T1	HD
DYMISTA (<i>azelastine-fluticasone</i>)	T3	ST HD
RYALTRIS	T3	PA QL(1 GM/30 DAYS) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
BECONASE AQ	T3	ST HD
<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray</i> (Nasonex)	T1	QL (4 bots/30 days) HD
NASONEX (<i>mometasone furoate</i>)	T3	QL (4 bots/30 days) ST HD
OMNARIS	T3	ST HD
QNASL	T3	ST HD
QNASL CHILDREN	T3	HD
XHANCE	T3	ST HD
ZETONNA	T3	ST HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i> (Adrenalin Chloride)	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 LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
LACRISERT	T3	
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	PA
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
DUREZOL	T3	PA
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T3	PA
FML FORTE	T3	PA
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS	T3	PA
LOTEMAX OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	T2	
LOTEMAX SM	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
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
MAXIDEX	T3	PA
NEVANAC	T3	PA
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	PA
PRED MILD	T3	PA
<i>prednisolone acetate</i> (Pred Forte)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PROLENSA	T3	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T3	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T3	
ALTAFLUOR BENOX (<i>flurox</i>)	T3	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> (Altafluor Benox)	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T2	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T2	
TETRAVISC FORTE	T2	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIIL	T3	PA
ALOMIDE	T2	PA
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
UPNEEQ	T3	PA
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T3	HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T3	HD
<i>apraclonidine hcl</i> (lopidine)	T1	HD
AZOPT (<i>brinzolamide</i>)	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

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>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T3	PA HD
BETOPTIC S	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10ml/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T3	PA HD
COSOPT (<i>dorzolamide-timolol</i>)	T3	PA HD
COSOPT PF (<i>dorzolamide-timolol</i>)	T3	PA HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
IOPIDINE 0.5% EYE DROPS (<i>apraclonidine hcl</i>)	T3	HD
IOPIDINE 1% EYE DROPS	T3	PA HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
ISTALOL (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
<i>latanoprost</i> (Xalatan)	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE	T3	PA HD
TIMOPTIC OCUDOSE (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T3	PA HD
TRAVATAN Z (<i>travoprost</i>)	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

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
MÍÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T3	PA HD
VUITY	T3	PA
VYZULTA	T3	PA HD
XALATAN (<i>latanoprost</i>)	T3	PA HD
XELPROS	T3	PA HD
ZIOPTAN	T3	PA QL (2 boxes/30 days) HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL 0.5% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS	T3	HD
CYCLOGYL 1% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOGYL 2% EYE DROPS (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T2	HD
CYCLOMYDRIL	T2	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
ISOPTO ATROPINE (<i>atropine sulfate</i>)	T3	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide</i> (Mydriacyl)	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T3	HD
RESTASIS	T2	HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	HD
VERKAZIA	T3	PA QL (1 box/month)
XIIDRA	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)

OXERVATE	T3	PA SP HD
----------	----	----------

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

SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES

DOJOLVI	T3	PA SP HD
---------	----	----------

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)

PREPARACIONES CON FLÚOR

CLINPRO 5000	T3	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Ortho Defense)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident 5000)	T1	
fluoride (sodium) (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT 0.2% RINSE	T2	
PREVIDENT 1.1% GEL (sodium fluoride)	T3	
PREVIDENT 5000	T3	
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (sodium fluoride 5000 plus)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
PREVIDENT DENTAL RINSE	T2	
sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive)	T1	

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
diazoxide (Proglycem)	T1	
GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	T2	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
glucagon 1 mg emergency kit (Glucagon Emergency Kit)	T1	QL (2 pens/30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T3	QL (2 PACKS/22 DAYS)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T3	QL (2 PACKS/22 DAYS)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/30 days)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL (2 syringes/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

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
ZEGALOGUE	T2	QL (2 units/23 days)
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T3	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T3	QL (12 tabs/day)
<i>calcium acetate</i>	T1	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	T2	PA
FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	T2	
FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW (<i>lanthanum carbonate</i>)	T3	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
RENAGEL (<i>sevelamer hcl</i>)	T3	PA
RENVELA (<i>sevelamer carbonate</i>)	T3	PA
<i>sevelamer carbonate</i> (Renvela)	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i> (Renagel)	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effer-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	
Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T2	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-k)</i>	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T2	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl (Vascepa)</i>	T1	HD
LOVAZA (<i>triklo</i>)	T3	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i>	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL 500 MG TABLET (<i>sodium phenylbutyrate</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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE AMONIACO		
BUPHENYL POWDER (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T2	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T2	HD
PHEBURANE	T3	PA QL(8 Bottles/30 Days) SP HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
CUVPOSA	T3	
DARTISLA	T3	PA
GLYCATÉ	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	PA
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
LIBRAX (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	T3	PA
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE CANALES DE CLORURO G.I.		
MYTESI	T3	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T3	PA SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	T3	
<i>loperamide hcl</i>	T1	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	PA
<i>paregoric</i>	T1	
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	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
ANTIEMÉTICOS - TIPO CANNABINOIDES		
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T3	PA
SYNDROS	T3	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
AKYNZEO	T3	PA QL (4 caps/28 days)
ANZEMET	T3	PA QL (5 tabs/30 days) SP
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/28 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack (Emend)</i>	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i>	T1	QL (8 caps/28 days)
BONJESTA	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T3	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T3	
DICLEGIS (<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>)	T3	
<i>doxylamine succinate/vit b6 (Diclegis)</i>	T1	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	T3	PA QL (12 caps/28 days)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T3	PA
EMEND 80 MG CAPSULE (<i>aprepitant</i>)	T3	PA QL (8 caps/28 days)
EMEND TRIPACK (<i>aprepitant</i>)	T3	PA QL (12 caps/28 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl (Zofran)</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine (Transderm-scop)</i>	T1	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl (Tigan)</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.)		
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
ZOFRAN 2 MG/ML VIAL (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	
ZOFRAN 4 MG TABLET (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	PA
ZOFRAN 8 MG TABLET (<i>ondansetron hcl</i>)	T3	PA
ZUPLENZ	T3	PA QL (24 films/30 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
HELIDAC	T3	PA
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
OMECLAMOX-PAK	T3	PA
PYLERA	T3	PA
TALICIA	T3	PA
VOQUEZNA TRIPLE PAK	T3	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	T3	PA
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL (<i>phenohydro</i>)	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-sl)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T3	HD
LEVBID (<i>symax-sr</i>)	T3	HD
LEVSIN (<i>oscimin</i>)	T3	HD
LEVSIN-SL (<i>symax-sl</i>)	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohytr</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T2	HD
SALES BILIARES		
ACTIGALL (<i>ursodiol</i>)	T3	HD
CHENODAL	T3	SP HD
CHOLBAM	T3	PA SP HD
RELTONE	T3	PA 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		
CANASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T1	
ROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	PA
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T3	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine er</i>)	T3	ST HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T3	ST HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine dr</i>)	T3	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T3	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T1	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T3	ST HD
DELZICOL (<i>mesalamine dr</i>)	T3	ST HD
DIPENTUM	T3	ST HD
LIALDA (<i>mesalamine</i>)	T3	ST HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T1	HD
<i>mesalamine</i> (Delzicol)	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T1	HD
PENTASA	T3	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		
OCALIVA	T3	PA SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T3	PA QL (12 caps/8 weeks) SP HD
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T3	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T1	PA HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	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	
TRULANCE	T2	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY	T3	PA SP HD
LIVMARLI	T3	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T2	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
GIMOTI	T3	PA SP
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
MOTEGRITY	T3	PA
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T3	PA
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T1	SP HD
LOTRONEX (<i>alosetron hcl</i>)	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
AMITIZA (<i>lubiprostone</i>)	T3	PA
<i>bisac/nacl/naHCO3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (<i>peg 3350-electrolyte</i>)	T3	PPACA
COLYTE WITH FLAVOR PACKETS (<i>peg 3350-electrolyte</i>)	T3	PA PPACA
GOLYTELY	T3	PA PPACA
GOLYTELY (<i>peg-3350 and electrolytes</i>)	T3	PA PPACA
KRISTALOSE	T3	PA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet (Kristalose)</i>	T1	PA
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone (Amitiza)</i>	T1	
MOVIPREP (<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>)	T3	PA PPACA
NULYTELY	T3	PA PPACA
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>trilyte with flavor packets</i>)	T3	PA PPACA
OSMOPREP	T3	PA PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Colyte With Flavor Packets)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl (Golytely)</i>	T1	PPACA
PLENVU	T3	PA PPACA
PREPOPIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUPREP	T3	PPACA
SUTAB	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	PA HD
PANCREAZE	T2	HD
PERTZYE	T3	PA HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	PA HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
ACIPHEX (<i>rabeprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) 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

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
ACIPHEX SPRINKLE DR 10 MG CAP	T3	QL (60 caps/30 days) HD
ACIPHEX SPRINKLE DR 5 MG CAP	T3	QL (120 caps/30 days) HD
DEXILANT DR 30 MG CAPSULE	T3	QL (2 caps/day) HD
DEXILANT DR 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL (2 CAPS/DAY) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap (Nexium)</i>	T1	QL (2/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
ESOMEPRAZOLE STRONTIUM	T3	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 10 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (120 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 20 MG CAPSULE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
NEXIUM DR 20 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (2 packs/day) HD
NEXIUM DR 40 MG CAPSULE (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
NEXIUM DR 40 MG PACKET (<i>esomeprazole magnesium</i>)	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)</i>	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule (Zegerid)</i>	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap (Zegerid)</i>	T1	PA QL (2 caps/day) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt (Zegerid)</i>	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap (Zegerid)</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt (Zegerid)</i>	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab (Protonix)</i>	T1	QL (60 tabs/30 days) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PREVACID 15 MG SOLUTAB (<i>lansoprazole</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
PREVACID 30 MG SOLUTAB (<i>lansoprazole</i>)	T3	PA QL (30 tabs/30 days) HD
PREVACID DR 15 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (60 caps/30 days) ST HD
PREVACID DR 30 MG CAPSULE (<i>lansoprazole</i>)	T3	QL (30 caps/30 days) ST HD
PRILOSEC DR 10 MG SUSPENSION	T3	QL (120 packs/30 days) HD
PRILOSEC DR 2.5 MG SUSPENSION	T3	QL (480 packs/30 days) HD
PROTONIX 40 MG SUSPENSION (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 packs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 20 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (60 tabs/30 days) ST HD
PROTONIX DR 40 MG TABLET (<i>pantoprazole sodium</i>)	T3	QL (30 tabs/30 days) ST HD
RABEPRAZOLE DR 10 MG SPRNKL CP	T3	QL (2 caps/day) HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
ZEGERID 20 MG CAPSULE (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (60 caps/30 days) HD
ZEGERID 20 MG PACKET (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (60 packs/30 days) HD
ZEGERID 40 MG CAPSULE (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (30 caps/30 days) HD
ZEGERID 40 MG PACKET (<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>)	T3	PA QL (30 packs/30 days) HD

PREPARACIONES RECTALES

ANUSOL-HC 25 MG SUPPOSITORY (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T3	PA
<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-hc)	T1	

SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)

GATTEX	T3	PA SP HD
--------	----	----------

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES

ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC	T3	PA
ANALPRAM HC (<i>hydrocortisone-pramoxine</i>)	T3	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Analpram Hc)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T2	

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

CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
CORTIFOAM	T3	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	PA QL (2 kits/180 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES		
ISTURISA	T3	PA QL (2 TABS/DAY) SP
RECORLEV	T3	PA QL (8 tabs/day) SP
PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA		
INTRAROSA	T3	
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANADROL-50	T2	PA
ANDRODERM	T2	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62% (1.25G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% (2.5G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROID (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
FORTESTA (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (120 gm/30 days)
JATENZO 158 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 198 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day)
JATENZO 237 MG CAPSULE	T3	PA QL (2 caps/day)
KYZATREX	T3	PA QL (2 caps/day)
METHITEST	T1	
TLANDO	T3	PA QL (4/day)
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T1	
NATESTO	T3	PA QL (3 bots/30 days)
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
TESTIM (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 tubes/day)
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62% (1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i> (Fortesta)	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS		
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i> (Vogelxo)	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL (150gm/30 days)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 tubes/day)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL (2 packs/day)
XYOSTED	T3	PA QL (4 injectors/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP	T3	PA
DDAVP (<i>desmopressin acetate</i>)	T3	PA
<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin acetate</i> (Ddavp)	T1	
NOCDURNA	T3	PA
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T2	SP
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
BIJUVA	T3	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>mimvey lo</i>)	T3	HD
ACTIVELLA (<i>mimvey</i>)	T3	HD
ALORA	T3	QL (16 patches/28 days) HD
CLIMARA (<i>estradiol (once weekly)</i>)	T3	HD
CLIMARA PRO	T3	HD
COMBIPATCH	T3	HD
DELESTROGEN	T3	PA HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T2	HD
ELESTRIN	T3	HD
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (8 PATCHES/21 DAYS) HD
<i>estradiol</i> (Vivelle-dot)	T1	QL (16 patches/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS		
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>lyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Femhrt)	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>lyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
ALKINDI SPRINKLE	T3	PA
<i>budesonide</i> (Entocort Ec)	T1	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T1	PA QL (56 tabs/180 days)
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	
<i>dexamethasone</i> (Dxevo)	T1	
<i>dexamethasone</i> (Taperdex)	T1	PA
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab (Taperdex)</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
DXEVO	T3	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
HEMADY	T3	
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
LOCORT	T1	
MEDROL 16 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 2 MG TABLET	T2	
MEDROL 32 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 4 MG DOSEPAK (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 4 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
MEDROL 8 MG TABLET (<i>methylprednisolone</i>)	T3	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	T1	
MILLIPRED 10 MG/5 ML SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T3	
<i>millipred 5 mg tablet</i>	T1	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
ORTIKOS	T3	PA QL (1 TAB/DAY)
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Millipred)</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T1	PA
TARPEYO	T3	PA QL (4 caps/day) SP
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
ZCORT	T3	PA
ZONACORT	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	T3	PA SP HD
EGRIFTA SV	T3	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T2	PA SP HD
HUMATROPE	T3	PA SP HD
NGENLA	T3	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T2	PA SP HD
NUTROPIN AQ NUSPIN	T3	PA SP HD
OMNITROPE	T3	PA SP HD
SAIZEN	T3	PA SP HD
SAIZEN-SAIZENPREP	T3	PA SP HD
SEROSTIM	T2	PA SP HD
SKYTROFA	T3	PA SP HD
SOGROYA	T3	PA SP HD
ZOMACTON	T3	PA SP HD
ZORBTIVE	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	T3	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
LUPRON DEPOT	T2	PA SP HD
SYNAREL	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T2	PA QL (24 MONTH THERAPY)
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T2	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>	T1	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T2	PA SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T3	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T2	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</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
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T1	QL (16 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T3	HD
CRINONE 4% GEL	T3	PA HD
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	T3	HD
AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)		
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T1	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T1	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T1	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone</i>)	T3	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T3	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
BYNFEZIA	T3	PA SP
MYCAPSSA	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
<i>octreotide acetate</i>	T1	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T1	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T3	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T2	PA SP
SIGNIFOR	T3	PA SP
SIGNIFOR LAR	T3	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T2	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PACK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T2	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
RECLAST 5 MG/100 ML SOLUTION	T3	
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT PEN	T2	PA SP HD
DUPIXENT SYRINGE	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T2	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T2	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)		
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T2	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
NUJO	T3	
OXIANUJI	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T3	SP HD
AZASAN	T2	SP HD
azathioprine (Imuran)	T1	PA SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T3	SP HD
cyclosporine (Sandimmune)	T1	SP HD
cyclosporine, modified	T1	SP HD
cyclosporine, modified (Neoral)	T1	SP HD
ENVARUSUS XR	T3	SP HD
everolimus 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
everolimus 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
everolimus 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T3	SP HD
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolic acid</i>)	T3	SP HD
NEORAL (<i>gengraf</i>)	T3	PA SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (<i>tacrolimus</i>)	T3	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T3	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T3	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T2 – Habitualmente marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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) <i>(cont.)</i>		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS <i>(cont.)</i>		
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T3	SP HD
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	PA QL (1 syringe/365 days)
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL (1 syringe/67 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	PA QL(1 UNIT/365 DAYS)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 SENSORS/30 DAYS)
ENLITE SERTER	T1	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA QL (3/30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL (2/28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA QL (1 READER/DAY)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL(2 SENSORS/21 DAYS)
GLUCOCOM AUTOLINK	T1	
GUARDIAN RT CHARGER	T1	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T1	
GUARDIAN RT SYSTEM	T1	
GUARDIAN TEST PLUG	T1	
HUMAPEN LUXURA HD	T1	
INPEN (FOR HUMALOG)	T1	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	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

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.)		
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T1	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MINI	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER MV	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	T2	QL (1 unit/year)
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROTRACH PLUS	T2	QL (1 unit/year)
AEROVENT PLUS	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-SMALL MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHRITE	T2	QL (1 unit/year)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
EASIVENT	T2	QL (1 unit/year)
E-Z SPACER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
FLEXICHAMBER MASK	T2	QL (1 unit/year)
INSPIRACHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
LITEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
LITETOUCH	T2	QL (1 unit/year)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
MICROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
MICROSPACER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	QL (1 unit/year)
POCKET CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
PRIMEAIRE	T2	QL (1 unit/year)
PRO COMFORT SPACER WITH MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	QL (1 unit/year)
PROCHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
RITEFLO	T2	QL (1 unit/year)
SILICONE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 unit/year)
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC FROG MASK	T2	QL (1 unit/year)
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	QL (1 unit/year)

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
AMRIX ER 15 MG CAPSULE (cyclobenzaprine hcl er)	T3	PA QL (1 cap/day)
AMRIX ER 30 MG CAPSULE (cyclobenzaprine hcl er)	T3	PA
baclofen	T1	
carisoprodol (Soma)	T1	
carisoprodol/aspirin	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.)		
<i>chlorzoxazone 250 mg tablet</i>	T1	PA
<i>chlorzoxazone 375 mg tablet (Lorzone)</i>	T1	PA
<i>chlorzoxazone 500 mg tablet</i>	T1	
<i>chlorzoxazone 750 mg tablet (Lorzone)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine er 15 mg cap (Amrix)</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>cyclobenzaprine er 30 mg cap (Amrix)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
LORZONE (<i>chlorzoxazone</i>)	T3	PA
LYVISPAH	T3	PA
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone (Skelaxin)</i>	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol (Robaxin-750)</i>	T1	
NORGESIC FORTE	T3	PA
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic Forte)</i>	T1	PA
OZOBAX	T3	PA
ROBAXIN-750 (<i>methocarbamol</i>)	T3	
SKELAXIN (<i>metaxalone</i>)	T3	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T3	
SOMA (<i>vanadom</i>)	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	PA
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	T1	PA
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T2	
CITRANATAL 90 DHA	T2	
CITRANATAL ASSURE	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
CITRANATAL DHA	T2	
CITRANATAL HARMONY	T2	
CITRANATAL RX	T2	
OBSTETRIX EC	T2	
OBTRET DHA	T2	
<i>pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv/ferrous fum/docusate/folic</i>	T1	
<i>pnv/iron, carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3 (Obtrex Dha)</i>	T1	
PRENATAL 19	T1	
<i>prenatal 34/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>prenatal vits 15/iron/folic/dss</i>	T1	
VITAFOL FE+	T2	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
QELBREE	T3	PA QL
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T3	PA HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T3	PA
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</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 (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>lorazepam</i> (Ativan)	T1	
LOREEV XR	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENET-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	PA
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
SPRAVATO	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate er</i>)	T3	PA HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T3	PA
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T3	PA
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T3	PA QL(60 tabs/30 days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
APLENZIN ER 174 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
APLENZIN ER 348 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APLENZIN ER 522 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i> (Wellbutrin XI)	T1	QL (1 tab/day) HD
BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
FORFIVO XL	T3	PA QL (1 tab/day) HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 150 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
WELLBUTRIN XL 300 MG TABLET (<i>bupropion xl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
CELEXA 10 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
CELEXA 20 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
CELEXA 40 MG TABLET (<i>citalopram hbr</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>citalopram hbr 20 mg/10 ml sol</i>	T1	QL (30ml/day) HD
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 5 mg tablet</i> (Lexapro)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i> (Sarafem)	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Prozac)	T1	QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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) (cont.)		
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
LEXAPRO 10 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
LEXAPRO 20 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
LEXAPRO 5 MG TABLET (<i>escitalopram oxalate</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine cr 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 12.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>paroxetine er 25 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine er 37.5 mg tablet (Paxil Cr)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
PAXIL 10 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	T3	PA QL (30ml/day) HD
PAXIL 20 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
PAXIL 30 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PAXIL 40 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 12.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PAXIL CR 25 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
PAXIL CR 37.5 MG TABLET (<i>paroxetine er</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PEXEVA 10 MG TABLET	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
PEXEVA 20 MG TABLET	T3	PA QL (3 tabs/day) HD
PEXEVA 30 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PEXEVA 40 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
PROZAC 10 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
PROZAC 20 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
PROZAC 40 MG PULVULE (<i>fluoxetine hcl</i>)	T3	QL (2 caps/day) ST HD
SARAFEM (<i>fluoxetine hcl</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 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) (cont.)		
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet</i> (Zoloft)	T1	QL (4 tabs/day) HD
ZOLOFT 100 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONC (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (10ml/day) HD
ZOLOFT 25 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
ZOLOFT 50 MG TABLET (<i>sertraline hcl</i>)	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
CYMBALTA 20 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (6 caps/day) HD
CYMBALTA 30 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
CYMBALTA 60 MG CAPSULE (<i>duloxetine hcl</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 100 MG TAB	T3	PA QL (4 tabs/day) HD
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i> (Pristiq)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i> (Pristiq)	T1	QL (1 tab/day) HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 20 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 30 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 40 MG CAP	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DRIZALMA SPRINKLE DR 60 MG CAP	T3	QL (2 caps/day) ST HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	PA QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE (<i>venlafaxine hcl er</i>)	T3	QL (4 caps/day) ST HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)		
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
PRISTIQ ER 100 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (2 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 25 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
PRISTIQ ER 50 MG TABLET (<i>desvenlafaxine succinate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 25 mg tablet</i>	T1	QL (15 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 37.5 mg tablet</i>	T1	QL (10 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 50 mg tablet</i>	T1	QL (7 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) PA HD
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	PA HD
VIIBRYD 20 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
VIIBRYD 40 MG TABLET	T3	PA HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL (<i>clomipramine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>clomipramine hcl (Anafranil)</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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.)		
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN (<i>desipramine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i> (Pamelor)	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T3	PA 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

VYVANSE 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 20 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 30 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 50 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per day)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
VYVANSE 60 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 cap/day)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)		
VYVANSE 70 MG CAPSULE	T3	PA QL (1 per day)
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl</i> (Kapvay)	T1	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T1	
INTUNIV (<i>guanfacine hcl er</i>)	T3	PA QL
KAPVAY (<i>clonidine hcl er</i>)	T3	PA
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
ADHANSIA XR	T3	PA QL (1 cap/day) ST
APTENSIO XR (<i>methylphenidate er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
CONCERTA (<i>methylphenidate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day) ST
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day)
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
DAYTRANA 10 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 15 MG/9 HR PATCH	T3	PA QL (1 per day)
DAYTRANA 20 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
DAYTRANA 30 MG/9 HOUR PATCH	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 5 mg cap</i> (Focalin Xr)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 per day) ST
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (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 (cont.)		
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE (<i>dexmethylphenidate hcl er</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST
JORNAY PM	T3	PA QL (1 cap/day) ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3 tabs/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	PA QL (1 per day)
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i> (Ritalin La)	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLICHEW ER	T3	PA QL (1 tab/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RELEXXII	T3	PA QL (1 tab/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
RITALIN LA (<i>methylphenidate la</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule (Strattera)</i>	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule (Strattera)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 100 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 18 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 25 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 40 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL (1 cap/day) HD
STRATTERA 60 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
STRATTERA 80 MG CAPSULE (<i>atomoxetine hcl</i>)	T3	PA QL HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T3	PA QL (8 injectors/30 days) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸		
ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate (Saphris)</i>	T1	
CAPLYTA	T3	QL (1 CAPS/DAY) ST
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine (Clozapine Odt)</i>	T1	
<i>clozapine (Clozaril)</i>	T1	
<i>clozapine (Fazacllo)</i>	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T3	PA
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 12 MG TABLET	T3	ST
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL (4 tabs/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
FAZACLO (<i>clozapine odt</i>)	T3	PA
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T3	PA
INVEGA ER 1.5 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone er</i>)	T3	ST
LATUDA 120 MG TABLET	T3	
LATUDA 20 MG TABLET	T2	
LATUDA 40 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 60 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day)
LATUDA 80 MG TABLET	T2	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydys)	T1	
<i>olanzapine</i> (Zyprexa)	T1	
<i>paliperidone er 1.5 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 3 mg tablet</i> (Invega)	T1	QL (1 tab/day)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>paliperidone er 9 mg tablet</i> (Invega)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel Xr)	T1	
<i>quetiapine fumarate</i> (Seroquel)	T1	
RISPERDAL (<i>risperidone</i>)	T3	ST
<i>risperidone</i>	T1	
<i>risperidone</i> (Risperdal)	T1	
SAPHRIS (<i>asenapine maleate</i>)	T3	ST
SECUADO	T3	ST
SEROQUEL (<i>quetiapine fumarate</i>)	T3	ST
SEROQUEL XR (<i>quetiapine fumarate er</i>)	T3	ST
VERSACLOZ	T3	PA
<i>ziprasidone hcl</i> (Geodon)	T1	
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T3	PA
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine odt</i>)	T3	PA
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY 10 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 15 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 2 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 20 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 30 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	ST
ABILIFY 5 MG TABLET (<i>aripiprazole</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST
ABILIFY MYCITE	T3	PA
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL (1 tab/day)
REXULTI 0.25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 0.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 1 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 2 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST
REXULTI 3 MG TABLET	T3	ST
REXULTI 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<i>lurasidone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	
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	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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, 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</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
SYMBYAX (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	T3	PA
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil (Nuvigil)</i>	T1	PA
<i>modafinil (Provigil)</i>	T1	PA
NUVIGIL (<i>armodafinil</i>)	T3	PA
PROVIGIL (<i>modafinil</i>)	T3	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (30 pkts/30 days) SP
XYREM	T3	PA SP HD
XYWAV	T3	PA SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T3	PA
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T3	PA SP HD
HETLIOZ LQ	T3	PA SP HD
<i>ramelteon (Rozerem)</i>	T1	QL (1 tab/day)
ROZEREM (<i>ramelteon</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam (Quazepam)</i>	T1	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
<i>temazepam</i> (Restoril)	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
AMBIEN (<i>zolpidem tartrate</i>)	T3	PA
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET (<i>zolpidem tartrate er</i>)	T3	PA
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET (<i>zolpidem tartrate er</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
BELSOMRA	T3	PA
DAYVIGO	T2	QL (1 tab/day) ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T1	QL (1 tab/day)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T1	
EDLUAR 10 MG SL TABLET	T3	PA
EDLUAR 5 MG SL TABLET	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
LUNESTA (<i>eszopiclone</i>)	T3	PA
QUVIVQ	T3	PA QL (1 day)
SILENOR 3 MG TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
SILENOR 6 MG TABLET (<i>doxepin hcl</i>)	T3	PA QL (1 tab/day)
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i> (Ambien Cr)	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
<i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)	T1	
ZOLPIMIST	T3	PA
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES (cont.)		
VASHE WOUND	T3	
VASHE WOUND THERAPY	T3	
<i>water for irrigation, sterile</i>	T1	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T1	
<i>acitretin (Soriatane)</i>	T1	
COSENTYX (2 SYRINGES)	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
COSENTYX PEN	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
COSENTYX PEN (2 PENS)	T3	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
COSENTYX SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
ILUMYA	T3	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
<i>methoxsalen (Oxsoralen-ultra)</i>	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SILIQ	T3	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T2	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SORIATANE (<i>acitretin</i>)	T3	PA
SOTYKTU	T3	PA QL (1/day) SP
TALTZ AUTOINJECTOR	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T2	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T2	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ZORYVE	T3	PA QL (1 gm/30 days)
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	T1	PA HD
DICLOFENAC EPOLAMINE	T3	PA QL (2 patches/day) HD
<i>diclofenac sodium 1% gel (Voltaren)</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
FLECTOR	T2	PA QL (2 patches/day) HD
LICART	T2	PA QL (1 patch/day) HD
PENNSAID	T3	PA HD
VOLTAREN (<i>diclofenac sodium</i>)	T3	PA QL (1000gm/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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA	T3	QL (150 days therapy/210 days) ST
ABSORICA LD	T3	ST
AC CUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin</i> (Absorica)	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACANYA (<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>)	T3	
ACZONE 5% GEL (<i>dapsone</i>)	T3	
ACZONE 7.5% GEL PUMP	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
AZELEX	T2	
BENZACLIN (<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	PA
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Benzaclin)	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana)	T1	
<i>dapsone 5% gel</i> (Aczone)	T1	
DAPSONE 7.5% GEL PUMP	T3	PA
<i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Dapsone)	T1	
EPIDUO FORTE	T2	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	
<i>neuac gel</i>	T1	
ONEXTON	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
VELTIN	T3	PA
ZIANA (<i>clindamycin phos-tretinoin</i>)	T3	PA
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T2	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T1	PA QL (90gm/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON	T3	PA QL (90gm/30 days)
ZONALON (<i>prudoxin</i>)	T3	PA QL (90gm/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	PA
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T1	QL (800gm/30 days)
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T3	
DUOBRII	T3	
RYALTRIS	T3	PA QL (1 tube/30/days)
SORILUX	T3	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T1	
TAZORAC 0.05% CREAM	T2	
TAZORAC 0.05% GEL	T2	
TAZORAC 0.1% CREAM (<i>tazarotene</i>)	T3	
TAZORAC 0.1% GEL	T2	
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T3	QL (800gm/30 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
OVACE PLUS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T1	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	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
EMOLIENTES (cont.)		
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
ALDARA (<i>imiquimod</i>)	T3	PA
<i>imiquimod 3.75% cream</i> (Zyclara)	T1	PA QL(112 PACKETS/67 DAYS)
IMIQUIMOD 3.75% CREAM PUMP	T1	PA
<i>imiquimod 5% cream packet</i> (Aldara)	T1	
ZYCLARA 2.5% CREAM PUMP	T3	PA QL (4 bots/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM (<i>imiquimod</i>)	T3	PA QL (112 packs/30 days)
ZYCLARA 3.75% CREAM PUMP	T3	PA
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
QUERATOLÍTICOS		
BENSAL HP	T1	PA
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
CONDYLOX	T3	PA
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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.)		
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
PRONAL	T3	
RAYASAL	T3	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i>	T3	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	
SALKERA	T3	
SALVAX DUO PLUS	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
<i>silver nitrate applicator</i>	T1	
URAMAXIN	T3	
URAMAXIN (<i>urea</i>)	T3	
<i>urea</i>	T1	
<i>urea</i> (Hydro 35)	T1	
<i>urea</i> (Hydro 40)	T3	
<i>urea</i> (Uramaxin)	T1	
<i>urea</i> (Xurea)	T1	
XUREA	T3	
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T1	
FINACEA	T3	PA
FINACEA (<i>azelaic acid</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
IDAOXIA	T3	
<i>ivermectin</i> (Soolantra)	T1	
METROCREAM (<i>rosadan</i>)	T3	PA
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T3	PA
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
NORITATE	T3	PA
SOOLANTRA	T3	PA
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T3	PA
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
<i>trichloroacetic acid</i>	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS		
QBREXZA	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ACIOXIA	T3	
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
ANUSOL-HC 2.5% CREAM (<i>proctozone-hc</i>)	T1	PA
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</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.)		
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glycol</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glycol</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Clobex)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Olux)	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i> (Olux-e)	T1	
CLOBEX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	PA
CLOBEX (<i>clodan</i>)	T3	PA
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T1	
CLODERM	T3	ST
CORDRAN	T3	PA
CORDRAN (<i>flurandrenolide</i>)	T3	PA
CORDRAN (<i>nolix</i>)	T3	PA
CUTIVATE 0.05% CREAM (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	ST
CUTIVATE 0.05% LOTION (<i>fluticasone propionate</i>)	T3	PA
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
<i>desonide</i> (Tridesilon)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	PA
<i>diflorasone diacetate</i> (Psorcon)	T1	PA
<i>diflorasone diacetate/emoll</i>	T1	PA
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide</i> (Vanos)	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>flurandrenolide</i> (Cordran)	T1	PA
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone propionate</i> (Cutivate)	T1	
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	PA
HALOBETASOL PROPIONATE	T3	PA
HALOG 0.1% CREAM (<i>halcinonide</i>)	T3	PA
HALOG 0.1% OINTMENT	T3	PA
HALOG 0.1% SOLUTION	T3	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T1	PA
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-hc)	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i> (Locoid)	T1	PA
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i> (Locoid)	T1	
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	PA
IMPOYZ	T3	PA
KENALOG (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T3	PA
LEXETTE	T3	PA
LOCOID 0.1% LOTION (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LOCOID 0.1% OINTMENT (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	
LOCOID LIPOCREAM	T3	PA
LOCOID LIPOCREAM (<i>hydrocortisone butyrate</i>)	T3	PA
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</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.)		
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	PA
OLUX-E (<i>tovet emollient</i>)	T3	PA
PANDEL	T3	PA
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
PSORCON (<i>diflorasone diacetate</i>)	T3	PA
SCALACORT DK	T3	ST
SERNIVO	T3	PA
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	PA
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kenalog)	T1	PA
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T3	PA
VANOS (<i>fluocinonide</i>)	T3	PA
VERDESO	T3	PA
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T3	
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE 1% LOTION	T2	
PRAMOSONE 1%-1% CREAM	T2	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	T2	
PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	T3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	T2	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	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
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
OVIDE (<i>malathion</i>)	T3	
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>dermazene cream</i>	T1	
DERMAZENE CREAM PACKET	T3	
<i>hydrocortisone/iodoquinol</i>	T1	
<i>hydrocortisone/iodoquinol/aloe</i>	T1	
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<i>silver nitrate</i>	T1	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone</i> (Taclonex)	T1	
ENSTILAR	T3	PA
TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone dp</i>)	T3	PA
TACLONEX (<i>calcipotriene-betamethasone</i>)	T3	PA
WYNZORA	T3	PA
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T2	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i>	T1	PA
<i>adapalene</i> (Differin)	T1	PA
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA
AKLIEF	T3	
ALTRENO	T3	PA
ATRALIN (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
<i>avita 0.025% cream</i> (Retin-a)	T3	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	
DIFFERIN	T3	PA
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T3	PA
PLIXDA	T1	PA
RETIN-A 0.01% GEL (<i>tretinoin</i>)	T3	
RETIN-A 0.025% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A 0.025% GEL (<i>tretinoin</i>)	T3	
RETIN-A 0.05% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A 0.1% CREAM (<i>tretinoin</i>)	T3	PA
RETIN-A MICRO (<i>tretinoin microsphere</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
RETIN-A MICRO PUMP	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP (<i>tretinoin microsphere</i>)	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-a)	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-a)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-a Micro)	T1	PA
TRETIN-X	T3	PA
AGENTES ANTIACNÉ TÓPICOS, DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
ARAZLO	T2	
FABIOR	T3	
TAZAROTENE 0.1% FOAM	T3	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T2	PPACA
NICOTROL NS	T2	PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
CHANTIX	T2	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	PPACA
PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T3	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
ARMOUR THYROID	T3	HD
CYTOMEL (<i>liothyronine sodium</i>)	T3	HD
LEVOTHYROXINE	T3	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T3	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD

I1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGÉ – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
THYQUIDITY	T3	PA HD
thyroid, pork	T1	HD
thyroid, pork (Armour Thyroid)	T1	HD
thyroid, pork (Wp Thyroid)	T1	HD
THYROLAR-1	T2	HD
THYROLAR-1/2	T2	HD
THYROLAR-1/4	T2	HD
THYROLAR-2	T2	HD
THYROLAR-3	T2	HD
TIROSINT	T3	HD
TIROSINT-SOL	T3	HD
WP THYROID	T1	HD
WP THYROID (nature-throid)	T1	HD
WP THYROID (westhroid)	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T3	SP

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

FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	T3	PA SP
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
SYMDEKO	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD

FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 150 MG TABLET	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T3	PA QL (2 packs/day) SP HD

SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURVANTA	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T2	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T3	PA QL SP
VIJOICE 125mg,50 mg	T3	PA QL(
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30 days)
ZOKINVY	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T3	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
FIRAZYR (<i>icatibant</i>)	T3	PA SP HD
<i>icatibant acetate</i> (Firazyr)	T1	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T3	PA SP HD
CINRYZE	T3	PA SP HD
HAEGARDA	T3	PA SP HD
RUCONEST	T3	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T3	PA SP HD
ORLADEYO	T3	PA QL (1 CAPS/DAY) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	
MESNEX	T3	SP
VISTOGARD	T3	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)	T1	
PERIDEX (<i>perigard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 2.5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
CIALIS 20 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
CIALIS 5 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
EDEX	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
IFE-BIMIX 30/1	T2	
IFE-PG20	T2	
LEVITRA (<i>ildenafil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T2	PA QL (6/30 days)
PAPAVERINE-ALPROSTADIL	T1	
PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL	T1	
<i>sildenafil 100 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>sildenafil 25 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>sildenafil 50 mg tablet</i> (Viagra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
STENDRA	T3	QL (8 tabs/30 days) ST
<i>tadalafil 10 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Cialis)	T1	PA QL (10 tabs/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet</i> (Cialis)	T1	QL (8 tabs/30 days)
<i>ildenafil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>ildenafil hcl</i> (Levitra)	T1	QL (10 tabs/30 days)
VIAGRA (<i>sildenafil citrate</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO

<i>cinacalcet hcl</i> (Sensipar)	T1	SP
SENSIPAR (<i>cinacalcet hcl</i>)	T3	PA SP

AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS

ORAMAGICRX	T3	
------------	----	--

AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA

NUMOISYN	T3	
----------	----	--

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)

AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

FORTEO	T3	PA QL (3ML/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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO AGENTES - HORMONA PARATIROIDEA (cont.)		
TERIPARATIDE	T3	PA QL (1 pen/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T2	PA 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
SUP. DE SÍNT. MENOPÁUSICOS-MODULADOR DE RECEPT. ESTROG. SELECT.		
OSPHENA	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone</i> (Mifeprex)	T1	
AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>dichlorphenamide</i>	T1	PA SP
KEVEYIS	T3	SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T3	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T3	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
ESBRIET	T3	PA SP HD
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i>	T1	PA SP HD
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T1	PA SP HD
NITYR	T2	PA SP
ORFADIN	T3	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T2	PA SP HD
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T1	PA SP HD
ZAVESCA (<i>miglustat</i>)	T3	PA SP HD
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<i>sodium chloride for inhalation</i> (Hyper-sal)	T1	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T3	PA SP HD
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
paroxetine mesylate	T1	QL (1 CAP/DAY) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T2	PA SP
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, DEFICIENCIA DEL COFACTOR DE MOLIBDENO		
NULIBRY	T3	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	
CUVRIOR	T3	PA SP
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T1	SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T1	SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T1	PA SP
EXJADE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
FERRIPROX	T3	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
GALZIN	T3	
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
RADIOGARDASE	T3	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T3	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T3	PA SP HD
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T3	PA QL (2/month) HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T1	
BASES PARA POMADAS/CREMAS		
RADIAGEL	T1	
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T3	PA SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
KUVAN (<i>sapropterin dihydrochloride</i>)	T3	PA SP HD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE	T2	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CARNITOR 1 GM/5 ML VIAL	T3	PA
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLN (<i>levocarnitine</i>)	T3	PA
CARNITOR 330 MG TABLET (<i>levocarnitine</i>)	T3	PA
CARNITOR SF (<i>levocarnitine sf</i>)	T3	PA
CYSTADANE	T2	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine (with sugar)</i> (Carnitor)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium</i> (Fosamax)	T1	HD
AELVIA (<i>risedronate sodium dr</i>)	T3	ST HD
BINOSTO	T3	ST HD
BONIVA (<i>ibandronate sodium</i>)	T3	ST HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T3	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>ibandronate sodium</i> (Boniva)	T1	HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Actonel)	T1	HD
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T3	PA SP HD
ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1		
ILARIS	T3	PA SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA	T2	HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T3	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)		
AGENTES NEUROPÁTICOS		
LYRICA CR	T3	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2		
LUCEMYRA	T2	QL (168 tabs/14 days)
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
BUNAVAIL	T3	
<i>buprenorphine hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos 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 (Abuso de sustancias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES (cont.)		
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	
ZUBSOLV	T2	

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)

INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T3	PA SP HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)

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

AGENTE PARA LA HPB-COMB. DE INHIB. DE LA 5-ALFA-REDUCTASA E INHIB. DE LA PDE5		
ENTADFI	T3	PA QL (30caps/30days)

INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	HD

AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
PROCYSBI	T3	PA SP HD

AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA	T3	PA SP
THIOLA EC	T3	PA SP

AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T3	QL (1 tab/Day) ST HD
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	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

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin er 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>darifenacin er 7.5 mg tablet (Enablex)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
ENABLEX (<i>darifenacin er</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<i>solifenacin 10 mg tablet (Vesicare)</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet (Vesicare)</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
VESICARE 10 MG TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	T3	ST HD
VESICARE 5 MG TABLET (<i>solifenacin succinate</i>)	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VESICARE LS	T3	ST HD

AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
DETROL (<i>tolterodine tartrate</i>)	T3	ST HD
DETROL LA 2 MG CAPSULE (<i>tolterodine tartrate er</i>)	T3	QL (1 cap/day) ST HD
DETROL LA 4 MG CAPSULE (<i>tolterodine tartrate er</i>)	T3	ST HD
DITROPAN XL (<i>oxybutynin chloride er</i>)	T3	ST HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T3	ST HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride (Ditropan XL)</i>	T1	HD
OXYTROL	T3	ST HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap (Detrol La)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap (Detrol La)</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol)</i>	T1	HD
TOVIAZ ER 4 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) HD
TOVIAZ ER 8 MG TABLET	T2	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)

PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
POTABA	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
NASCOBAL	T3	PA
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	HD
DRISDOL (<i>vitamin d2</i>)	T2	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2) (Drisdol)</i>	T1	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T3	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
MEPHYTON (<i>phytonadione</i>)	T3	
<i>phytonadione (vit k1) (Mephyton)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico: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 medicamento necesarios;
 - medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
 - medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
 - dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
 - medicamentos usados para la fertilidad,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 medicamento necesarios.

Índice de medicamentos

A

abacavir.....	61, 62	ADDYI.....	137
abacavir/lamivudine/zidovudine.....	61	adefovir.....	65
abacavir sulfate/lamivudine.....	61	ADEMPAS.....	75
ABILIFY.....	139	ADHANSIA.....	135
abiraterone.....	51	ADIPEX-P.....	57
ABSORICA.....	143	ADLYXIN.....	43
acamprosate.....	156	ADMELOG.....	46
ACANYA.....	143	ADRENALIN.....	99
acarbose.....	44	ADVAIR HFA.....	27
ACCOLATE.....	28	ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	96
ACCUPRIL.....	78	ADZENYS.....	67
ACCURETIC.....	76	AEMCOLO.....	35
ACCUTANE.....	143	AEROCHAMBER.....	125
ACD.....	38	AEROTRACH.....	125
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER.....	125	AEROVENT.....	125
acebutolol.....	80	AFINITOR.....	53
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	20	AFLURIA.....	69
acetamin-codein 300-30 mg/12.5.....	19	AFREZZA.....	46
acetaminop-codeine 120-12 mg/5.....	19	AGRYLIN.....	60, 61
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	20	AIMOVIG.....	14, 18
acetaminophen-cod.....	19, 20	AIRDUO DIGIHALER.....	27
acetazolamide.....	98	AJOVY.....	14, 18
acetic acid.....	48, 100, 141	AKLIEF.....	151
acetylcysteine.....	28	AKTEN.....	101
ACIOXIA.....	147	AKYNZEO.....	108
ACIPHEX.....	112, 113	ALA-SCALP.....	147
acitretin.....	142	albendazole.....	48
ACTEMRA.....	122	ALBENZA.....	48
ACTHIB.....	70	albuterol.....	26, 27
ACTICLATE.....	35	ALBUTEROL.....	27
ACTIGALL.....	110	ALCAINE.....	101
ACTIMMUNE.....	56	alclometasone.....	147
ACTIQ.....	20	ALDACTAZIDE.....	98
ACTIVELLA.....	116	ALDACTONE.....	98
ACTONEL.....	159	ALDARA.....	145
ACTOPLUS.....	45	ALECENSA.....	53
ACTOS.....	46	alendronate.....	159
ACULAR.....	100	ALEVICYN.....	143
ACUVAIL.....	100	alfuzosin.....	160
acyclovir.....	64, 66	ALINIA.....	57
ACZONE.....	143	aliskiren.....	81
ADACEL.....	70	ALKERAN.....	51
ADALAT.....	73	ALKINDI.....	117
ADALIMUMAB.....	50	allopurinol.....	24
adapalene.....	143, 151	almotriptan malate.....	14, 18
ADBRY.....	159	ALOCRIIL.....	101
ADCIRCA.....	75	ALOGLIPTIN.....	43, 44, 45
ADDERALL.....	67	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE.....	43
		ALOMIDE.....	101

Índice de medicamentos

ALORA	116	ANTABUSE.....	156
alose tron	111	ANTARA.....	84
ALPHAGAN.....	101	anthralin.....	144
alprazolam	128, 129	ANTICOAG	38
ALREX	100	ANUSOL.....	114, 147
ALTABAX.....	147	ANZEMET	108
ALTACE.....	78	APADAZ	20
ALTAFLUOR.....	101	APIDRA.....	46
ALTOPREV	83	APLENZIN	129
ALTRENO.....	151	APOKYN	58
ALTUVIII O	71	apraclonidine	101, 102
ALUNBRIG.....	53	aprepitant.....	108
amantadine.....	58	APRETUDE.....	63
AMARYL	44	APRISO	110
AMBIEN	141	APTENSIO	135
ambrisentan.....	75	APTIOM	88
amcinonide.....	147	APTIVUS.....	61
AMICAR	71	AQUA.....	147
amiloride.....	98	ARAKODA	48
aminocaproic	71	ARANESP.....	92
amiodarone.....	72	ARAVA	24
AMITIZA	112	ARAZLO	152
amitriptyline	133	ARCALYST.....	159
AMJEVITA	50	ARCAPTA NEOHALER.....	27
amlodipine.....	73, 74, 76, 77, 78, 82	ARICEPT.....	67
AMNESTEEM	143	ARIDOL.....	96
amoxapine	133	ARIKAYCE.....	30
amoxicillin.....	34, 48	ARIMIDEX.....	52
amphetamine	67, 68	aripiprazole	139
AMPHETAMINE.....	67	ARIXTRA	38
ampicillin	34	armodafinil	140
AMPYRA.....	87	ARMOUR	152
AMRIX	126	AROMASIN.....	52
AMZEEQ	37	ARTHROTEC.....	25
ANA	114	ARTISS.....	147
ANADROL	115	ARYMO ER.....	20
ANAFRANIL.....	133	ASACOL	110
anagrelide	60, 61	asenapine.....	137, 138
ANALPRAM	114, 150	aspirin/dipyridamole.....	60
ANAPROX DS.....	25	ASPIRIN-OMEPRAZOLE.....	60
anastrozole.....	52	ASSURE	124, 127
ANCOBON.....	40	ASTAGRAF	123
ANDRODERM	115	ASTRINGYN.....	71
ANDROGEL.....	115	ATABEX.....	127
ANDROID.....	115	ATACAND.....	77, 79
ANGELIQ.....	117	atazanavir.....	62, 63
ANNOVERA.....	93	ATELVIA	159
ANORO ELLIPTA	27	atenolol	80, 81

Índice de medicamentos

ATIVAN	128	BACTRIM DS	30
atomoxetine	137	BAFIERTAM	87
ATOPICLAIR	144	BALCOLTRA	93
atorvastatin	82, 83	balsalazide	110
atovaquone	48, 49	BALVERSA	54
atovaquone/proguanil	48	BANZEL	88, 89
ATRALIN	151	BAQSIMI	104
ATRIPLA	63	BARACLUDE	65
atropine	103, 107, 109	BASAGLAR	46
ATROPINE	103	BAXDELA	34
ATROVENT HFA	26	BECONASE	99
AUBAGIO	87	BELBUCA	20
AUGMENTIN	34	BELSOMRA	141
AURYXIA	105	BELVIQ	57
AUSTEDO	86	benazepril	76, 78
AUVELITY	129	benazepril/hydrochlorothiazide	76
AUVI-Q	66	BENICAR	77, 79
AVALIDE	77	BENLYSTA	159
AVANDIA	46	benoxinate	101
AVAPRO	79	BENSAL	145
avar	37	BENZACLIN	143
AVAR	37	BENZAMYCIN	37
AVC	48	BENZEFOAM	145
AVELOX	34	BENZEPRO	145
avita	151	BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	20
AVITA	151	BENZNIDAZOLE	49
AVITENE	71	benzonatate	95
AVODART	160	benzoyl	37, 143, 145, 146
AVONEX	87	benzphetamine	57
AVSOLA	50	benztropine	58
AYGESTIN	120	BEPREVE	43
AYVAKIT	53	BERINERT	154
AZASAN	123	BESIVANCE	29
azathioprine	123	BESREMI	56
azelaic	146	BETADINE	100
azelastine	43, 99	betamethasone	40, 147, 148, 149, 151
AZELEX	143	BETAPACE	80
AZILECT	58	BETASERON	87
azithromycin	33, 34	betaxolol	80, 102
AZOPT	101	bethanechol	68
AZOR	78	BETHKIS	30
AZULFIDINE	110	BETIMOL	102
B		BETOPTIC	102
BACIGUENT	29	BEVESPI AEROSPHERE	27
bacitracin	29, 30	BEVYXXA	38
bacitracin/polymyxin b sulfate	29	bexarotene	51
baclofen	126	BEXSERO	69
BACTRIM	30	BEYAZ	93
		bicalutamide	51

Índice de medicamentos

BIJUVA.....	116	BYLVAY.....	111
BIKTARVY.....	63	BYNFEZIA.....	120
BILTRICIDE.....	48	BYSTOLIC.....	80
bimatoprost.....	102	C	
BINOSTO.....	159	CABENUVA.....	60
bisac/nacl/nahco3/kcl/peg.....	112	cabergoline.....	120
bisoprolol.....	80, 81	CABLIVI.....	71
BLEPH-10.....	29	CABOMETYX.....	54
BLEPHAMIDE.....	29	CADUET.....	82
BONIVA.....	159	CAFERGOT.....	14, 18
BONJESTA.....	108	caffeine.....	87, 127
BOOSTRIX.....	70	CALAN.....	73
bosentan.....	75	calcipotriene.....	144, 151
BRAFTOVI.....	52	CALCIPOTRIENE.....	144
BREATHERITE.....	125	calcitonin.....	122
BREATHRITE.....	125	calcitriol.....	144, 162
BREO ELLIPTA.....	27	calcium.....	37, 63, 83, 84, 105, 154, 156
BREXAFEMME.....	40	CALQUENCE.....	54
BREZTRI AEROSPHERE.....	27	CAMZYOS.....	74
BRILINTA.....	60	CANASA.....	110
brimonidine.....	101, 102	candesartan.....	77, 79
brinzolamide.....	101, 102	capecitabine.....	51, 52
BRIVIACT.....	89	CAPEX.....	148
BROMFED.....	95	CAPLYTA.....	137
bromfenac.....	100	CAPRELSA.....	54
bromocriptine.....	58	captopril.....	76, 78
brompheniramine.....	95	captopril-hctz.....	76
BROMSITE.....	100	CARAC.....	56
BRONCHITOL.....	153	CARAFATE.....	109
BRYHALI.....	148	CARBAGLU.....	156
budesonide.....	27, 28, 117, 118	carbamazepine.....	89, 91
bumetanide.....	98	CARBATROL.....	89
BUNAVAIL.....	159	carbidopa.....	58, 59, 60
BUPHENYL.....	106, 107	carbidopa/levodopa.....	58
buprenorphine.....	21, 159, 160	carbinoxamine.....	42
bupropion.....	129, 130, 152	CARDIZEM.....	73
BUPROPION.....	130	CARDURA.....	77
bupirone.....	129	carisoprodol.....	22, 126, 127
butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	14, 18	carisoprodol/aspirin.....	22
butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	14, 18	carisoprodol/aspirin/codeine.....	22
butalb/acetaminophen/caffeine.....	14, 18	CARNITOR.....	158
butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	14, 18	CAROSPIR.....	98
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	22	carteolol.....	102
butalbital/acetaminophen.....	14, 18	carvedilol.....	76, 77
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	14, 18	CASODEX.....	51
butorphanol tartrate.....	21	CATAPRES.....	80
BUTRANS.....	21	CAVERJECT.....	155
BYDUREON.....	43	CAYA.....	95
BYETTA.....	43	CAYSTON.....	32

Índice de medicamentos

cefaclor.....	32	cinacalcet	155
cefadroxil.....	32	CINRYZE.....	154
cefdinir	32	CIPRO.....	34
cefditoren	32	CIPRODEX.....	29
cefixime.....	32	ciprofloxacina.....	28, 29, 34, 35
cefpodoxime	32	ciprofloxacina hcl.....	28, 29, 34, 35
cefprozil.....	32	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE	29
ceftriaxone	32	citalopram.....	130
cefuroxime	32	CITRANATAL	105, 127, 128
CELEBREX.....	26	CITRATE	38
celecoxib	26	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	38
CELEXA.....	130	CLARAVIS	143
CELLCEPT.....	123	CLARINEX	42
CELONTIN	89	clarithromycin.....	33
CENTANY	37	clemastine.....	42
cephalexin.....	32	CLENPIQ	112
CEQUA.....	103	CLEOCIN	33, 36, 37
CEQR	124	CLEVER.....	125
CERDELGA	157	CLIMARA.....	116
CERVIDIL.....	120	clindacin.....	37
cetirizine.....	42	CLINDACIN.....	37
CETROTIDE.....	119	CLINDAGEL.....	37
CETYLEV.....	156	clindamycin.....	33, 36, 37, 143
cevimeline.....	68	CLINDESSE.....	36
CHANTIX.....	152	CLINPRO	104
CHEMET.....	157	clobazam.....	88
CHENODAL	110	clobetasol.....	148, 150
chlordiazepoxide.....	107, 128, 133	LOBEX.....	148
chlordiazepoxide/clidinium.....	107	CLOCORTOLONE.....	148
chlorhexidine	154	clodan	148
chloroquine	48	CLODAN	148
chlorpromazine.....	140	CLODERM	148
chlorpropamide	44	clomiphene.....	121
chlorthalidone	81, 99	clomipramine.....	133
chlorzoxazone	127	clonazepam.....	88
CHOLBAM	110	clonidine	80, 135
cholestyramine	84	clopidogrel	60
choline salicyl/mag salicylate	14, 18	clorazepate.....	128, 129
CHORIONIC.....	121	clotrimazole	40
CIALIS.....	155	clozapine.....	137, 138
CIBINQO.....	24	CLOZAPINE.....	137
ciclodan.....	41	CLOZARIL.....	137
CICLODAN.....	41, 49	COARTEM	48
ciclopirox.....	41, 49	codeine.....	96
cilostazol	60	codeine/butalbital/asa/cafein	22
CILOXAN.....	29	codeine sulfate.....	21
CIMDUO.....	61	COLAZAL	110
cimetidine	111	colchicine	24, 26
CIMZIA.....	50	COLCRYS.....	24

Índice de medicamentos

colesevelam	84	cyclobenzaprine.....	126, 127
COLESTID.....	84	CYCLOGYL.....	103
colestipol.....	84	CYCLOMYDRIL.....	103
COLYTE.....	112	cyclopentolate.....	103
COMBIGAN.....	102	cyclophosphamide.....	51
COMBIPATCH.....	116	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	51
COMBIVENT RESPIMAT.....	27	CYCLOSERINE.....	32
COMBIVIR.....	61	CYCLOSET.....	44
COMETRIQ.....	54	cyclosporine.....	123
COMPACT.....	125	CYLTEZO.....	50
COMPAZINE.....	108	CYMBALTA.....	132
COMPLERA.....	63	cyproheptadine.....	42
COMTAN.....	58	CYSTADANE.....	158
CONCEPT.....	161	CYSTADROPS.....	103
CONCERTA.....	135	CYSTAGON.....	160
CONDYLOX.....	145	CYSTARAN.....	103
CONJUPRI.....	73	CYSTO-CONRAY.....	97
CONSENSI.....	73	CYSTOGRAFIN.....	97
CONTRAVE.....	57	CYTOMEL.....	152
COPAXONE.....	87	CYTOTEC.....	109
COPIKTRA.....	54	D	
CORDRAN.....	148	dalfampridine.....	87
COREG.....	77	DALIRESP.....	28
coremino.....	35	danazol.....	120
CORGARD.....	80	DANTRIUM.....	127
CORLANOR.....	74	dantrolene.....	127
CORTEF.....	117	dapsone.....	31, 143
CORTENEMA.....	114	DAPSONE.....	143
CORTIFOAM.....	114	DAPTACEL.....	70
cortisone.....	117	DARAPRIM.....	49
CORTISPORIN.....	37	darifenacin.....	161
COSENTYX.....	142	DARTISLA.....	107
COSOPT.....	102	DAURISMO.....	52
COTELLIC.....	52	DAXBIA.....	32
COTEMPLA.....	135	DAYPRO.....	25
COZAAR.....	79	DAYTRANA.....	135
CREON.....	112	DAYVIGO.....	141
CRESEMBA.....	40	DDAVP.....	116
CRESTOR.....	83	deferasirox.....	157, 158
CRINONE.....	120, 121	deferiprone.....	157
CRIXIVAN.....	62	DELESTROGEN.....	116
cromolyn.....	23, 28, 101	DELSTRIGO.....	63
crotamiton.....	57	DELZICOL.....	110
CUROSURF.....	153	demeclocycline.....	35
CUTIVATE.....	148	DEMSEER.....	80
CUVPOSA.....	107	DENAVIR.....	66
CUVRIOR.....	157	DEPAKOTE.....	89
cyanocobalamin.....	162	DEPEN.....	23
		DEPO-ESTRADIOL.....	116

Índice de medicamentos

DEPO-PROVERA	93, 120	didanosine	62
DEPO-SUBQ	93	diethylpropion	57
DEPO-TESTOSTERONE	115	DIFFERIN	151
DERMA	148	DIFICID	33
DERMATOP	148	diflorasone	148, 150
dermazene	151	DIFLUCAN	40
DERMAZENE	151	diflunisal	14, 18
DERMOTIC	100	DIFMETIOXRIME	41
DESCOVY	61	digoxin	74
desflurane	22	dihydroergotamine	14, 18
desipramine	133, 134	DILANTIN	89
desloratadine	42	DILATRATE	74
desmopressin	116	DILAUDID	21
desog-e.estradiol/e.estradiol	93	diltiazem	73
desogestrel-ethinyl	93	dimethyl	87, 156
desonide	148, 150	DIOVAN	77, 79
DESOWEN	148	DIPENTUM	110
desoximetasone	148, 150	diphenoxylate	107
DESOXYN	67	DIPHThERIA	70
desvenlafaxine	132, 133	DIPROLENE	148
DESVENLAFAXINE	132	dipyridamole	60
DETROL	161	DISALCID	23
dexamethasone	29, 100, 117, 118	disopyramide	72
dexchlorpheniramine	42	disulfiram	156
DEXCOM	124	DITROPAN	161
DEXEDRINE	67	DIURIL	99
DEXILANT	113	divalproex	89
dexlansoprazole	113	DIVIGEL	116
dexmethylphenidate	135, 136	dofetilide	72
dextroamp-amphet	67, 68	DOJOLVI	104
dextroamphetamine	67, 68	donepezil	67
DHIVY	58	DONNATAL	109
DIACOMIT	89	DOPTELET	93
DIASTAT	88	DORAL	140
diatrizoate	97	DORYX	35
diazepam	88, 128, 129	dorzolamide	102, 103
diazoxide	104, 105	DOVATO	60
DIBENZYLINE	68	DOVONEX	144
dichlorphenamide	156	doxazosin	77
DICLEGIS	108	doxepin	134, 141, 144
diclofenac	56, 100, 142	doxercalciferol	156
DICLOFENAC	142	doxycycline	35, 36, 154
diclofenac potassium	19	DOXYCYCLINE	35
diclofenac sod dr	25	doxylamine	108
diclofenac sod ec	25	DRISDOL	162
diclofenac sodium	25	DRIZALMA	132
diclofenac sodium/misoprostol	25	dronabinol	107, 108
dicloxacillin	34	drosipir/eth estra/levomefol	93
dicyclomine	107	DROXIA	71

Índice de medicamentos

droxidopa	68	EMSAM	129
DRYSOL	143	emtricitabine.....	61, 62
DUAVEE	117	emtricitabine-tenofv	61
DULERA	27	EMTRIVA.....	62
duloxetine	132	EMVERM	48
DUOBRII.....	144	ENABLEX	161
DUOPA.....	58	enalapril.....	76, 78, 79
DUPIXENT.....	122	enalapril/hydrochlorothiazide.....	76
DURAGESIC.....	21	ENBREL.....	50
DUREZOL.....	100	ENDO-AVITENE.....	71
dutasteride.....	160	ENDOMETRIN	121
DUTOPROL.....	81	ENGERIX-B	70
DXEVO.....	118	ENHERTU.....	56
DYANAVAL	68	ENLITE.....	124
DYAZIDE.....	98	enoxaparin	38, 39
DYMISTA.....	99	ENSPRYNG.....	122
E		ENSTILAR.....	151
EASIVENT	125	entacapone	58, 59
EC-NAPROSYN.....	25	ENTADFI.....	160
econazole	41	entecavir.....	65
ECOZA.....	41	ENTERO.....	97
EDARBI	79	ENTOCORT	118
EDARBYCLOR.....	77	ENTRESTO.....	77
EDECRIN	98	ENTYVIO.....	111
EDEX.....	155	ENVARBUS.....	123
EDLUAR	141	ENZOCLEAR.....	145
EDURANT	61	EPANED	78
E.E.S.....	33	EPCLUSA.....	65
efavirenz.....	61, 62, 63	EPIDIOLEX	88
effer-k	106	EPIDUO.....	143
EFFER-K.....	106	EPIFOAM	150
EFFEXOR.....	132	epinastine	43
EFFIENT	60	epinephrine.....	66, 99
EFUDEX.....	56	EPINEPHRINE.....	66
EGRIFTA.....	119	EPIPEN.....	66
ELEPSIA	89	EPIVIR	62, 65
ELESTRIN	116	EPOGEN	92
eletriptan hydrobromide	14, 18	EPRONTIA.....	89
ELIDEL	122	eprosartan.....	79
ELIMITE	57	EPZICOM.....	61
ELIQUIS.....	38	EQUETRO	129
ELLA	93	ergocalciferol.....	162
ELMIRON.....	22	ergotamine tartrate/caffeine.....	14, 18
EMCYT.....	56	ERIVEDGE	52
EMEND	108	ERLEADA	51
EMFLAZA	118	erlotinib.....	54, 55
EMGALITY	14, 18, 88	ERTACZO	41
emollient combination.....	144, 145	ERYPED.....	33
Empaveli	71	erythromycin.....	29, 33, 37

Índice de medicamentos

ESBRIET	156	FABIOR.....	152
escitalopram	130, 131	FACTIVE	35
ESGIC.....	14, 18	famciclovir.....	64
esomeprazole.....	113	famotidine.....	111
ESOMEPRAZOLE.....	113	FANAPT	137, 138
estazolam.....	140	FARESTON.....	56
ESTRACE.....	116, 121	FARXIGA	44
estradiol	93, 94, 95, 116, 117, 121	FARYDAK.....	51
ESTRING.....	121	FAZACLO.....	138
ESTROGEL.....	117	febuxostat	24
estrogen.....	116	felbamate.....	89
ESTROSTEP.....	93	FELBATOL	89
eszopiclone	141	FELDENE.....	25
ethacrynic	98	felodipine.....	73
ethambutol	31, 32	FEMARA	52, 53
ethinyl estradiol	93, 94, 117	FEMCAP.....	95
ethosuximide	89, 92	FEMHRT.....	117
ethynodiol.....	94	FEMRING.....	121
etodolac	25	fenofibrate.....	84, 85
etonogestrel/ethinyl estradiol.....	93	FENOFIBRATE	85
etoposide	56	fenofibrlic.....	85
EUCRISA	147	FENOGLIDE.....	85
EURAX.....	57	fenoprofen calcium.....	25
EVAMIST.....	117	FENSOLVI.....	119
EVEKEO.....	68	fentanyl	20, 21
everolimus.....	53, 123, 124	FENTORA	21
EVICEL	71	FERRIPROX	157
EVISTA.....	159	FETZIMA.....	132, 133
EVOCLIN	37	FEXMID.....	127
EVOTAZ.....	63	FIASP	46, 47, 124
EVOXAC.....	68	FIBRICOR.....	85
EVRYSDI	157	FINACEA	146
EVZIO.....	39	finasteride	160
EXELDERM.....	41	FINTEPLA.....	89
EXELON.....	67	FIORICET	14, 18, 22
exemestane.....	52	FIORINAL	14, 18
EXFORGE	77, 78	Fiorinal With Codeine #3.....	22
EXJADE.....	157	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	22
EXKIVITY.....	54	FIRAZYR.....	154
EXODERM.....	41	FIRDAPSE.....	88
EXSERVAN	86	FIRMAGON	53
EXTAVIA.....	87	FIRVANQ.....	36
EXTINA	41	FLAGYL.....	31
EYSUVIS	100	FLAREX.....	100
E-Z.....	97, 125	flavoxate.....	161
EZALLOR.....	83	flecainide.....	72
ezetimibe	82, 84, 85	FLECTOR	142
EZ FLU.....	69	FLEXICHAMBER.....	125
F		FLOLIPID.....	83

Índice de medicamentos

FLOMAX.....	160	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	76
FLOVENT.....	28	FOSRENOL.....	105
FLUAD.....	70	Fotivda.....	54
FLUARIX.....	70	FRAGMIN.....	38
FLUBLOK.....	70	FREESTYLE.....	124
FLUCELVAX.....	69, 70	frovatriptan succinate.....	18
FLUCONAZ-IBU-ITRACONAZ-TERBINA.....	41	ful-glo.....	96
fluconazole.....	40	FUL-GLO.....	96
flucytosine.....	40	FULPHILA.....	92
fludrocortisone.....	119	FURADANTIN.....	34
FLULAVAL.....	70	FUROSCIX.....	98
FLUMADINE.....	64	furosemide.....	98
FLUMIST.....	70	FUZEON.....	61
flunisolide.....	99	FYCOMPA.....	89
fluocinolone.....	100, 148, 149, 150	G	
fluocinonide.....	149, 150	gabapentin.....	89, 90
fluorescein.....	96, 101	GABITRIL.....	89, 90
fluoride.....	104	GALAFOLD.....	158
FLUORIDEX.....	104	galantamine.....	67
fluorometholone.....	100	GALZIN.....	158
FLUOROPLEX.....	56	ganirelix.....	119
fluorouracil.....	56	GANIRELIX.....	119
fluoxetine.....	130, 131, 140	GARDASIL 9.....	70
fluphenazine.....	140	GASTROCROM.....	23
flurandrenolide.....	148, 149	GASTROGRAFIN.....	97
flurbiprofen.....	25, 100	GASTROMARK.....	97
flutamide.....	51	gatifloxacin.....	29, 30
fluticasone.....	27, 99, 148, 149	GATTEX.....	114
fluticasone propion/salmeterol.....	27	GAVRETO.....	54
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	27	GE333.....	96
fluvastatin.....	83	gelatin.....	71
fluvoxamine.....	131	GELFILM.....	101
FLUZONE.....	70	GELFOAM.....	71
FML.....	100	GELNIQUE.....	161
FOCALIN.....	135, 136	gemfibrozil.....	85
FOLET.....	161	GEMTESA.....	160
folic.....	128, 161	GENERESS.....	94
FOLLISTIM.....	121	GENOTROPIN.....	119
fondaparinux.....	38	gentamicin.....	30, 37
FORFIVO.....	130	gentamicin sulfate.....	29
formaldehyde.....	49	GENVOYA.....	63
FORTAMET.....	44	GEODON.....	138
FORTEO.....	155	GILENYA.....	87
FORTESTA.....	115	GILOTRIF.....	54
FOSAMAX.....	159	GIMOTI.....	111
fosamprenavir.....	63	glatiramer.....	87
fosaprepitant.....	108	glatopa.....	87
fosfomycin.....	31	GLEEVEC.....	54
fosinopril.....	76, 78	GLEOSTINE.....	51

Índice de medicamentos

glimepiride.....	44, 45	HEPSERA.....	65
glipizide.....	44, 45	HETLIOZ.....	140
GLUCAGEN.....	96, 104	HEXIOUNYL.....	41
glucagon.....	104	HIBERIX.....	70
GLUCAGON.....	104	HIPREX.....	31
GLUCOCOM.....	124	homatropine.....	96, 103
GLUCOPHAGE.....	44	HORIZANT.....	86
GLUCOTROL.....	45	HUMALOG.....	47, 124
GLUMETZA.....	44	HUMAPEN.....	124
glyburide.....	45	HUMATROPE.....	119
GLYCATÉ.....	107	HUMIRA.....	50
glycine urologic.....	49	HUMULIN.....	47
glycopyrrolate.....	107	HYCANTIN.....	53
GLYNASE.....	45	HYCODAN.....	96
GLYSET.....	44	hydralazine.....	80
GLYXAMBI.....	45	HYDREA.....	51
GOCOVRI.....	58	HYDRO.....	145
GOLYTELY.....	112	hydrochlorothiazide.....	76, 77, 78, 80, 81, 98, 99
GONAL.....	121	hydrocodone.....	96
GONITRO.....	74	HYDROCODONE.....	96
GRALISE.....	88	hydrocodone/acetaminophen.....	20
granisetron.....	108	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	20
GRANIX.....	92	hydrocodone bitartrate.....	21, 22
GRASTEK.....	68	hydrocodone/ibuprofen.....	20
griseofulvin.....	40	hydrocort.....	149
GRIS-PEG.....	40	hydrocortisone.....	100, 114, 117, 118, 149, 150, 151
GUAIACOL.....	144	hydrogen peroxide.....	142
guanfacine.....	80, 135	hydromorphone hcl.....	21
guanidine.....	68	hydroxychloroquine.....	49
GUARDIAN.....	124	hydroxyurea.....	51
GVOKE.....	104	hydroxyzine.....	42
GYNAZOLE.....	40	hyoscyamine.....	109
H		HYPER.....	157
HADLIMA.....	50	HYRIMOZ.....	50
HAEGARDA.....	154	HYSINGLA ER.....	21
halcinonide.....	149	HYZAAR.....	77
HALCION.....	140	I	
HALOBETASOL.....	149	ibandronate.....	159
HALOG.....	149	IBRANCE.....	54
haloperidol.....	139	IBUDONE.....	20
HALUCORT.....	145	ibuprofen.....	20, 25
HARVONI.....	65	ibuprofen/oxycodone hcl.....	20
HELIDAC.....	109	icatibant.....	154
HEMADY.....	118	ICLUSIG.....	54
HEMANGEOL.....	80	icosapent.....	106
HEMLIBRA.....	71	IDACIO.....	50
heparin.....	38, 39	IDAOXIA.....	147
HEPARIN.....	39	IDHIFA.....	55
HEPLISAV-B.....	70	IFE-BIMIX.....	155

Índice de medicamentos

IFE-PG20.....	155	ipratropium/albuterol sulfate.....	27
ILARIS.....	159	ipratropium bromide.....	26
ILEVRO.....	100	irbesartan.....	77, 79
ILUMYA.....	142	irbesartan/hydrochlorothiazide.....	77
imatinib.....	54	IRESSA.....	54
IMBRUVICA.....	54	ISENTRESS.....	63
IMCIVREE.....	57	isoflurane.....	22, 23
imipramine.....	134	isomethept/dichlphn/acetaminop.....	18
imipramine hcl.....	134	isomethepten/caf/acetaminophen.....	18
imiquimod.....	145	isoniazid.....	31
IMIQUIMOD.....	145	isopropyl.....	158
IMPAVIDO.....	49	ISOPTO.....	102, 103
IMPEKLO.....	149	ISORDIL.....	74
IMPOYZ.....	149	isosorbide.....	74
IMURAN.....	123	isotretinoin.....	143
IMVEXXY.....	120	isradipine.....	73
INBRIJA.....	58	ISTALOL.....	102
INCRELEX.....	119	ISTURISA.....	115
INCRUSE ELLIPTA.....	26	itraconazole.....	40
indapamide.....	99	ivermectin.....	48, 57, 58, 147
INDERAL.....	80	J	
INDICLOR.....	97	JADENU.....	158
indomethacin.....	25	JAKAFI.....	52
INFANRIX.....	70	JALYN.....	160
INFASURF.....	153	JANSSEN.....	69
INFLECTRA.....	50	JANUMET.....	45
INGREZZA.....	86	JANUVIA.....	44
INLYTA.....	54	JARDIANCE.....	44
INNOPRAN.....	80	JATENZO.....	115
INOVA.....	145	JENTADUETO.....	45
INPEN.....	124	JOENJA.....	154
INQOVI.....	52	JORNAY.....	136
INREBIC.....	54	JUBLIA.....	41
INSPIRACHAMBER.....	125	JULUCA.....	60
INSULIN.....	47, 124, 125	JUXTAPID.....	83
INTELENCE.....	61	JYNARQUE.....	98
INTRAROSA.....	115	K	
INTUNIV.....	135	KADIAN.....	21
INVEGA.....	138	KALBITOR.....	154
INVELTYS.....	100	KALETRA.....	62
INVIRASE.....	63	KALYDECO.....	153
INVOKAMET.....	46	KAPSPARGO.....	81
INVOKANA.....	44	KAPVAY.....	135
iodine.....	105, 151	KARBINAL.....	42
IODOFLEX.....	151	KATERZIA.....	73
IODOSORB.....	151	KAZANO.....	45
IOPIDINE.....	102	KEFLEX.....	32
IPOL.....	69	KENALOG.....	149
ipratropium.....	99	KEPPRA.....	90

Índice de medicamentos

KERAFOAM.....	145	latanoprost.....	102, 103
keralyt.....	145	LATUDA.....	138
KERALYT.....	145, 146	LAZANDA.....	21
KERYDIN.....	41	LEDIPASVIR.....	65
KESIMPTA.....	87	leflunomide.....	24
ketoconazole.....	40, 41	lenalidomide.....	53
ketoprofen.....	25	LENVIMA.....	54
ketorolac.....	19, 100	LESCOL.....	83
KEVEYIS.....	156	L.E.T.....	23
KEVZARA.....	122	LETAIRIS.....	75
KINERET.....	24	letrozole.....	52
KINRIX.....	70	leucovorin.....	154
KISQALI.....	53, 54	LEUKERAN.....	51
KISQALI FEMARA.....	53	LEUKINE.....	92
KITABIS.....	30	leuprolide.....	53
KLARON.....	143	LEUPROLIDE.....	53
KLISYRI.....	56	levabuterol hcl.....	27
KLONOPIN.....	88	LEVBID.....	109
klor-con.....	106	LEVEMIR.....	47
Kloxxado.....	39	levetiracetam.....	90
KOMBIGLYZE.....	45	LEVITRA.....	155
KORLYM.....	46	levobunolol.....	102
KOSELUGO.....	52	levocarnitine.....	158
K-PHOS.....	106	levofloxacin.....	29, 35
KRAZATI.....	52	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	94
KRINTAFEL.....	49	levothyroxine.....	152
KRISTALOSE.....	112	LEVOTHYROXINE.....	152
K-TAB.....	106	LEVSIN.....	109
KUVAN.....	158	LEVULAN.....	56
KYLEENA.....	95	LEXAPRO.....	131
KYNAMRO.....	82	LEXETTE.....	149
KYNMOBI.....	58	LEXIVA.....	63
KYZATREX.....	115	LIALDA.....	110
L		LIBRAX.....	107
labetalol.....	77	LICART.....	142
LACRISERT.....	100	lidocaine.....	23, 96, 114, 150
lactulose.....	107, 112	LIDOCAINE.....	114
LAMICTAL.....	90	lidocaine 5% ointment.....	23
lamivudine.....	61, 62, 65	lidocaine hcl.....	23
lamivudine/zidovudine.....	61	LILETTA.....	95
lamotrigine.....	90	lindane.....	150
LAMPIT.....	49	linezolid.....	34
LANOXIN.....	74	LINZESS.....	111
lansoprazole.....	109, 113, 114	liothyronine.....	152
lanthanum.....	105	LIPITOR.....	83
LANTUS.....	47	LIPOFEN.....	85
lapatinib.....	54, 55	LIQREV.....	75
LASIX.....	98	LIQUID.....	97
LASTACAFT.....	43	lisinopril.....	76, 78, 79

Índice de medicamentos

lisinopril/hydrochlorothiazide	76	LUNESTA.....	141
lissamine.....	96	LUPANETA.....	119
LITEAIRE.....	125	LUPKYNIS.....	123
LITETOUCH.....	125	LUPRON.....	53, 119
lithium.....	129	lurasidone.....	139
LITHOBID.....	129	LUXIQ.....	149
LITHOSTAT.....	107	LUZU.....	41
LIVALO.....	82, 83	LYNPARZA.....	54
Livmarli.....	111	LYRICA.....	90, 159
LIVTENCITY.....	64	LYSODREN.....	56
l-norgest.....	94	LYSTEDA.....	71
LOCOID.....	149	LYTGOBI.....	54
LOCORT.....	118	LYUMJEV.....	47
LODINE.....	25	LYVISPAH.....	127
LODOSYN.....	60	M	
LOESTRIN.....	94	MACROBID.....	34
LOKELMA.....	105	MACRODANTIN.....	34
LOMAIRA.....	57	mafenide.....	37
LOMOTIL.....	107	MAGELLAN.....	125
LONHALA MAGNAIR.....	26	MALARONE.....	49
LONSURF.....	52	malathion.....	150, 151
loperamide.....	107	maprotiline.....	134
LOPID.....	85	MARINOL.....	108
lopinavir/ritonavir.....	62	MARPLAN.....	129
LOPRESSOR.....	81	MATULANE.....	56
LOPROX.....	41	MAVENCLAD.....	87
lorazepam.....	128, 129	MAVYRET.....	66
LORBRENA.....	54	MAXIDEX.....	101
LOREEV.....	129	MAXZIDE.....	98
LORTAB.....	20	MAYZENT.....	87
LORZONE.....	127	meclofenamate sodium.....	25
losartan.....	77, 79	MEDIHONEY.....	147
losartan/hydrochlorothiazide.....	77	MEDROL.....	118
LOSEASONIQUE.....	94	medroxyprogesterone.....	93, 120
LOTEMAX.....	100	mefenamic acid.....	19
LOTENSIN.....	76, 78	mefloquine.....	49
loteprednol.....	100, 101	megestrol.....	56, 161
LOTREL.....	76	MEKINIST.....	52
LOTRONEX.....	111	MEKTOVI.....	53
lovastatin.....	83	meloxicam.....	25
LOVAZA.....	106	melphalan.....	51
LOVENOX.....	39	memantine.....	85, 86
loxapine.....	139	MENACTRA.....	69
lubiprostone.....	112	MENEST.....	117
LUCEMYRA.....	159	MENOPUR.....	121
LULICONAZOLE.....	41	MENOSTAR.....	117
Lumakras.....	52	MENQUADFI.....	69
LUMIGAN.....	102	MENVEO.....	69
LUMRYZ.....	140	meperidine hcl.....	21

Índice de medicamentos

MEPHYTON	162	midodrine	68
meprobamate	129	MIFEPREX	156
MEPRON	49	mifepristone	156
mercaptopurine	52	miglitol	44
mesalamine	110	miglustat	157
MESNEX	154	millipred	118
MESTINON	67	MILLIPRED	118
metaxalone	127	MIMYX	145
metformin	44, 45, 46	MINASTRIN	94
methadone hcl	21	MINIMED	125
methamphetamine	68	MINIPRESS	77
methazolamide	98	MINITRAN	74
methenamine	31	MINIVELLE	117
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	31	MINOCIN	36
methenam/sod phos/mblue/hyoscy	31	minocycline	36
methen/mblue/sal/sod phos/hyos	31	MINOCYCLINE	36
methimazole	152	MINOLIRA	36
METHITEST	115	minoxidil	80
meth/meblue/sod phos/psal/hyos	31	MIRAPEX ER	58, 59
methocarbamol	127	MIRCERA	92
methotrexate	52	MIRCETTE	94
methoxsalen	142	MIRENA	95
methscopolamine	109	mirtazapine	128
methyl dopa	80	misoprostol	25, 109
methylegonovine	120	MITIGARE	24
METHYLIN	136	MITOSOL	103
methylphenidate	135, 136	M-M-R II	70
METHYLPHENIDATE	136	MOBIC	25
methylprednisolone	118	modafinil	140
methyl salicylate	145	MODERNA	69
methyltestosterone	115, 116	moexipril	78
metoclopramide	111	molindone	139
metolazone	99	MOLNUPIRAVIR	66
METOPIRON	97	mometasone	99, 149, 150
metoprolol	81	MONODOX	36
METROCREAM	147	MONOJECT	125
METROGEL	36, 147	MONSEL's	71
metronidazole	31, 36, 147	montelukast sodium	28
metyrosine	80	MONUROL	31
mexiletine	72	MORPHABOND ER	21
MEZPAROX	150	morphine sulfate	21
MIACALCIN	122	MOTEGRITY	111
MICARDIS	77, 78, 79	MOTOFEN	107
miconazole	40	MOVANTIK	39
MICONAZOLE-ZINC OXIDE-PETROLTM	41	MOVIPREP	112
MICROCHAMBER	126	MOXATAG	34
MICROGESTIN	94	MOXEZA	29
MICROSPACER	126	moxifloxacin	34, 35
midazolam	140	moxifloxacin hcl	30

Índice de medicamentos

MS CONTIN.....	21	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	29
MULPLETA.....	93	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	29
MULTAQ.....	72	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	29
mupirocin.....	37	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	30
MURI-LUBE.....	158	neomycin sulf/bacitracin/poly.....	30
MUSE.....	155	NEORAL.....	123
mvn.....	161	NEO-SYNALAR.....	37
MYAMBUTOL.....	32	NERLYNX.....	54
MYCAPSSA.....	120	NESINA.....	44
MYCOBUTIN.....	32	neuac.....	143
mycophenolate.....	123	NEUAC.....	143
MYDAYIS.....	68	NEULASTA.....	92
MYDRIACYL.....	103	NEULUMEX.....	97
Myfembree.....	119	NEUPOGEN.....	93
MYFORTIC.....	123	NEUPRO.....	59
MYLERAN.....	51	NEURONTIN.....	90
MYORISAN.....	143	NEVANAC.....	101
MYRBETRIQ.....	160	nevirapine.....	61, 62
MYSOLINE.....	90	NEXAVAR.....	54
MYTESI.....	107	NEXIUM.....	113
N		NEXLETOL.....	82
nabumetone.....	25	NEXLIZET.....	83
nadolol.....	80, 81	NEXPLANON.....	93
naftifine.....	41	NGENLA.....	119
NAFTIN.....	41	niacin.....	85
NALFON.....	25	NIACOR.....	85
NALOCET.....	20	NIASPAN.....	85
naloxone.....	22, 39, 160	nicardipine.....	73
NALOXONE.....	39	NICOTROL.....	152
naltrexone.....	39	nifedipine.....	73, 74
NAMENDA.....	86	NILANDRON.....	51
NAMZARIC.....	86	nilutamide.....	51
NAPROSYN.....	25	nimodipine.....	73
naproxen.....	19, 25	NINLARO.....	54
naratriptan hcl.....	18	nisoldipine.....	73, 74
NARCAN.....	39	nitazoxanide.....	57
NARDIL.....	129	nitisinone.....	157
NASCOBAL.....	162	NITRO-DUR.....	75
NASONEX.....	99	nitrofurantoin.....	34
NATACYN.....	40	nitroglycerin.....	75
nateglinide.....	45	NITROLINGUAL.....	75
NATESTO.....	115	NITROMIST.....	75
NATROBA.....	58	NITROSTAT.....	75
NAYZILAM.....	88	NITYR.....	157
NEBUPENT.....	49	NIVESTYM.....	93
nebusal.....	157	nizatidine.....	111
NEBUSAL.....	157	NOCDURNA.....	116
nefazodone.....	132	NOCTIVA.....	116
neomycin.....	29, 30, 141	NORCO.....	20

Índice de medicamentos

NORDITROPIN.....	119	OCUFLOX.....	30
norelgestromin/ethin.estradiol.....	95	ODACTRA.....	69
norethind.....	94, 117	ODEFSEY.....	63
norethindrone.....	94, 117, 120	ODOMZO.....	52
norethin-ee.....	94	OFEV.....	154
norethin-eth estrad.....	117	ofloxacin.....	30, 35
NORGESIC.....	127	olanzapine.....	138, 140
norgestimate.....	94	olmesartan.....	77, 78, 79
norgestrel.....	94	olmesartan/amlodipin/hcthiazyd.....	77
NORITATE.....	147	olmesartan-hctz.....	78
NORLIQVA.....	74	olopatadine.....	43, 99
NORPACE.....	72	OLUMIANT.....	24
NORPRAMIN.....	134	OLUX.....	150
NORTHERA.....	68	OMECLAMOX.....	109
nortriptyline.....	134	omega-3.....	106
NORVASC.....	74	omeppi.....	113
NORVIR.....	63	omeprazole.....	113, 114
NOURIANZ.....	59	OMNARIS.....	99
NOVAREL.....	121	OMNIPOD.....	124
NOVOLOG.....	47, 124	OMNIPRED.....	101
NOVOPEN.....	124	OMNITROPE.....	119
NOXAFIL.....	40	ondansetron.....	108, 109
NUBEQA.....	51	ONEXTON.....	143
NUCALA.....	28	ONFI.....	88
NUCORT.....	150	ONGENTYS.....	59
NUCYNTA.....	21	ONGLYZA.....	44
NUCYNTA ER.....	21	ONUREG.....	52
NUJEXTA.....	87	OPDIVO.....	55
NUJO.....	122	opium.....	21, 107
NULEV.....	109	opium/belladonna alkaloids.....	21
NULIBRY.....	157	OPSUMIT.....	75
NULYTELY.....	112	OPTICHAMBER.....	126
NUMOISYN.....	155	ORACEA.....	36
NUPLAZID.....	130	ORACIT.....	106
NURTEC ODT.....	18	ORALAIR.....	69
NUTROPIN.....	119	ORAMAGICRX.....	155
NUVARING.....	93	ORAPRED.....	118
NUVESSA.....	36	ORAVIG.....	40
NUVIGIL.....	140	ORENCIA.....	24
NUZYRA.....	36	ORENITRAM.....	75
NYMALIZE.....	74	ORFADIN.....	157
nystatin.....	40, 41	ORGOVYX.....	53
NYVEPRIA.....	93	ORIAHNN.....	119
O		ORILISSA.....	119
OBREDON.....	96	ORKAMBI.....	153
OBSTETRIX.....	128, 161	ORLADEYO.....	154
OBTREX.....	128	orphenadrine.....	127
OALIVA.....	111	ORTHO.....	94, 104
octreotide.....	120	ORTIKOS.....	118

Índice de medicamentos

oseltamivir.....	64	paricalcitol.....	156
OSENI.....	43	PARLODEL.....	59
OSMOLEX.....	59	PARNATE.....	129
OSMOPREP.....	112	paromomycin.....	48
OSPHENA.....	156	paroxetine.....	131, 157
OTEZLA.....	24	PASER.....	32
OTOVEL.....	29	PATADAY.....	43
OTREXUP.....	24	PATANOL.....	43
OVACE.....	144	PAXIL.....	131
OVIDE.....	151	PAXLOVID.....	66
OVIDREL.....	121	PAZEO.....	43
oxandrolone.....	115	PCE.....	33
oxaprozin.....	25	PEDIARIX.....	70
OXAYDO.....	21	PEDVAXHIB.....	70
oxazepam.....	129	peg3350.....	112
OXBRYTA.....	71	PEGANONE.....	91
oxcarbazepine.....	90, 91	PEGASYS.....	65
OXERVATE.....	104	PEGINTRON.....	65
OXIANUJI.....	122	PEMAZYRE.....	54
oxiconazole.....	41, 42	PEN.....	43, 47, 50, 83, 87, 122, 142
OXISTAT.....	42	penicillamine.....	23, 24
OXSORALEN.....	142	PENNSAID.....	142
OXTELLAR.....	91	PENTACEL.....	70
oxybutynin.....	161	pentamidine.....	49
oxycodone hcl.....	20, 21	PENTASA.....	110
oxycodone hcl/acetaminophen.....	20	pentazocine hcl/naloxone hcl.....	22
oxycodone hcl/aspirin.....	20	pentoxifylline.....	72
OXYCODONE HCL ER.....	21	PEPCID.....	111
oxymorphone hcl.....	21	PERCOCET.....	20
OXYTROL.....	161	PERIDEX.....	154
OZEMPIC.....	43	perindopril.....	79
OZOBAX.....	127	permethrin.....	57, 58
P		perphenazine.....	133, 140
pacerone.....	72	PERTZYE.....	112
PACNEX.....	146	PEXEVA.....	131
PAIN EASE MEDIUM STREAM SPRAY.....	23	PFIZER.....	69
PALFORZIA.....	69	PHARMABASE.....	146
paliperidone.....	138	PHEBURANE.....	107
PALYNZIQ.....	69	phenazopyridine hcl.....	23
PAMELOR.....	134	phendimetrazine.....	57
PANCREAZE.....	112	phenelzine.....	129
PANDEL.....	150	phenobarb.....	109
PANRETIN.....	56	phenobarbital.....	109, 110, 140
pantoprazole.....	113, 114	PHENOBARBITAL.....	110
PAPAVERINE.....	155	phenoxybenzamine.....	68
PARADIGM.....	125	phentermine.....	57
PARAGARD.....	95	phenylephrine.....	42, 101
paregoric.....	107	PHENYTEK.....	91
PAREMYD.....	103	phenytoin.....	89, 91

Índice de medicamentos

PHESGO	53	prednicarbate	148, 150
PHEXXI.....	93	prednisolone	29, 101, 118
PHOSLYRA	105	prednisone	118
PHOSPHOLINE.....	102	PREFEST.....	117
PHYSIOLYTE.....	141	pregabalin.....	90, 91
PHYSIOSOL.....	141	PREGNYL.....	121
phytonadione.....	162	PREMARIN.....	117, 121
PICATO.....	56	PREMPHASE.....	117
PIFELTRO.....	62	PREMPRO	117
pilocarpine	68, 102	prenatal	128
pimecrolimus	122	PRENATAL.....	128
pimozide	137	PREPIDIL.....	120
pindolol.....	81	PREPOPIK	112
pioglitazone	45, 46	PRESTALIA.....	76
PIQRAY	54	PRETOMANID	32
pirfenidone	156	PREVACID	113, 114
piroxicam.....	25, 26	PREVIDENT.....	104
PLAQUENIL.....	49	PREVNAR.....	69
PLAVIX.....	60	PREVMIS	64
PLEGRIDY	87	PREZCOBIX.....	61
PLENVU	112	PREZISTA	61
PLIXDA	151	PRIFTIN.....	32
PNEUMOVAX.....	69	PRILOSEC.....	114
pnv	128	PRIMAQUINE.....	49
POCKET.....	126	PRIMEAIRE	126
PODOCON.....	146	primidone	90, 91
podofilox.....	146	PRIMLEV.....	20
POLIBAR.....	97	PRIMSOL	31
polydimethylsiloxanes.....	146	PRINIVIL	79
polymyxin	141	PRISMASOL.....	106
POMALYST.....	53	PRISTIQ.....	133
Ponvory	87	probenecid.....	26
posaconazole	40	probenecid/colchicine	26
POTABA	162	PROCARDIA	74
potassium	19, 34, 79, 104, 105, 106, 151	PROCARE.....	126
potassium bicarbonate.....	106	PROCHAMBER.....	126
potassium iodide/iodine	105	prochlorperazine.....	108
PRADAXA	39	PRO COMFORT.....	126
PRALUENT.....	83	PROCORT	114
pramipexole.....	58, 59	PROCRIT.....	92
PRAMOSONE.....	150	PROCTOFOAM	114
prasugrel	60	PROCYSBI	160
PRAVACHOL.....	84	progesterone.....	120
pravastatin	84	PROGLYCEM	105
praziquantel.....	48	PROGRAF.....	123
prazosin.....	77	PROLENSA.....	101
PR BENZOYL PEROXIDE.....	146	PROMACTA.....	93
PRECOSE.....	44	promethazine.....	42, 95, 96, 108
PRED.....	101	PROMETRIUM	120

Índice de medicamentos

PRONAL.....	146	quinine.....	49
propafenone.....	72	QUTENZA.....	145
propantheline.....	107	QUVIVQ.....	141
proparacaine.....	101	QVAR.....	28
propranolol.....	80, 81	R	
propylthiouracil.....	152	rabeprazole.....	112, 114
PROQUAD.....	70	RABEPRAZOLE.....	114
PROSCAR.....	160	RADIAGEL.....	158
PROSTIN.....	120	RADIAPLEXRX.....	146
protectives2.....	146	RADICAVA ORS.....	86
PROTONIX.....	114	RADIOGARDASE.....	158
PROTOPIC.....	122	RAGWITEK.....	69
protriptyline.....	134	raloxifene.....	159
PROVERA.....	93, 120	ramelteon.....	140
PROVIGIL.....	140	ramipril.....	78, 79
PROVOCHOLINE.....	96	RANEXA.....	72
PROZAC.....	131	ranitidine.....	111
PSORCON.....	150	ranolazine.....	72
PULMICORT.....	28	RAPAFLO.....	160
PULMOZYME.....	154	RAPAMUNE.....	123
PURIXAN.....	52	RAPLIXA.....	71
PYLERA.....	109	rasagiline.....	58, 59
pyrazinamide.....	32	RAVICTI.....	107
PYRIDIUM.....	23	RAYALDEE.....	156
pyridostigmine.....	67	RAYASAL.....	146
PYRIDOSTIGMINE.....	67	RAYOS.....	118
pyrimethamine.....	49	RAZADYNE.....	67
Q		READI.....	97
QBRELIS.....	79	REBIF.....	87
QBREXZA.....	147	RECLAST.....	122
QELBREE.....	128	RECOMBIVAX.....	70
QINLOCK.....	54	RECORLEV.....	115
QMIIZ ODT.....	26	RECOTHROM.....	71
QNASL.....	99	RECTIV.....	112
QSYMIA.....	57	REDITREX.....	24
QTERN.....	45	REGIMEX.....	57
QUADRACEL.....	70	REGLAN.....	111
QUALAQUIN.....	49	REGRANEX.....	144
QUARTETTE.....	94	RELAGARD.....	48
quazepam.....	140	RELENZA.....	64
QUAZEPAM.....	140	RELEXXII.....	136
QUDEXY.....	91	RELISTOR.....	39
QUESTRAN.....	84	RELTONE.....	110
quetiapine.....	138	RELYVRIO.....	86
QUILLICHEW.....	136	REMERON.....	128
QUILLIVANT.....	136	REMICADE.....	50
quinapril.....	76, 78, 79	RENACIDIN.....	106
quinapril/hydrochlorothiazide.....	76	RENAGEL.....	105
quinidine.....	72	REVELA.....	105

Índice de medicamentos

repaglinide.....	45, 46	ROTARIX.....	69
REPATHA.....	83	ROTATEQ.....	69
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	124	ROWASA.....	110
RESPA.....	95	ROXYBOND.....	22
RESTASIS.....	103	ROZEREM.....	140
RESTIZAN.....	145	ROZLYTREK.....	55
RESTORIL.....	140	RUBRACA.....	55
RETACRIT.....	92	RUCONEST.....	154
RETEVMO.....	54	rufinamide.....	88, 91
RETIN.....	151, 152	RUKOBIA.....	61
RETROVIR.....	62	RUZURGI.....	88
REVATIO.....	75	RYALTRIS.....	99, 144
REVLIMID.....	53	RYBELSUS.....	43
REXULTI.....	139	RYCLORA.....	42
REYATAZ.....	63	RYDAPT.....	55
REZLIDHIA.....	55	RYTARY.....	59
REZUROCK.....	160	RYTHMOL.....	72
REZVOGLAR.....	43	RYVENT.....	42
RHOPRESSA.....	102	S	
ribasphere.....	65, 66	SABRIL.....	91
RIDAURA.....	24	SAF-CLENS.....	147
rifabutin.....	32	SAFYRAL.....	95
RIFAMATE.....	32	SAIZEN.....	119
rifampin.....	32	SALAGEN.....	68
RIFATER.....	32	salicylic.....	145, 146
RILUTEK.....	86	SALIMEZ.....	146
riluzole.....	86	SALKERA.....	146
rimantadine.....	64	salsalate.....	23
RIMI.....	42	SALVAX.....	146
RIMSO-50.....	22	SAMSCA.....	97
ringer's.....	141	SANCUSO.....	108
RINVOQ.....	24	SANDIMMUNE.....	123
RIOMET.....	44	SANDOSTATIN.....	120
risedronate.....	159	SANTYL.....	151
RISPERDAL.....	138	SAPHRIS.....	138
risperidone.....	138	sapropterin.....	158
RITALIN.....	136	SARAFEM.....	131
RITEFLO.....	126	SAVAYSA.....	38
ritonavir.....	62, 63	SAVELLA.....	159
rivastigmine.....	67	SAXENDA.....	57
rizatriptan benzoate.....	18	SCALACORT.....	150
ROBAXIN.....	127	SCSEMBLIX.....	55
ROBINUL.....	107	scopolamine.....	108
ROCALTROL.....	162	SEASONIQUE.....	95
ROCKLATAN.....	102	secobarbital.....	140
ropinirole.....	59	SECUADO.....	138
ROSANIL.....	37	SEGLUROMET.....	46
rosuvastatin.....	83, 84	selegiline.....	59
Roszet.....	82	selenium.....	144

Índice de medicamentos

SEMGLEE.....	47	solifenacin.....	161
SEN-SERTER.....	124	SOLQUA.....	43
SENSIPAR.....	155	SOLODYN.....	36
SEREVENT DISKUS.....	27	SOLOSEC.....	30
SERNIVO.....	150	SOLOXIDE.....	36
SEROQUEL.....	138	SOLTAMOX.....	56
SEROSTIM.....	119	SOMA.....	127
sertraline.....	132	SOMATULINE.....	120
sevelamer.....	105	SOMAVERT.....	156
sevoflurane.....	23	SOOLANTRA.....	147
SEYSARA.....	36	SORBITOL.....	141
SFROWASA.....	110	SORIATANE.....	142
SHINGRIX.....	70	SORILUX.....	144
SIGNIFOR.....	120	sotalol.....	80, 81
SIKLOS.....	71	SOTYKTU.....	142
sildenafil.....	75, 155	SOTYLIZE.....	81
SILENOR.....	141	SOVALDI.....	64, 65
SILICONE.....	126	SPACE CHAMBER.....	125, 126
SILIQ.....	142	SPECTRACEF.....	32
silodosin.....	160	spinosad.....	58
SILVADENE.....	37	SPIRIVA RESPIMAT.....	26
silver.....	37, 146, 151	spironolact.....	98
SIMPONI.....	50	spironolactone.....	98
simvastatin.....	82, 84	SPORANOX.....	40
SIMVASTATIN.....	84	SPRAVATO.....	129
SINEMET.....	59	SPRITAM.....	91
SINGULAIR.....	28	SPRYCEL.....	55
sirolimus.....	123	sps.....	105
SIRTURO.....	32	SSKI.....	105
SITAVIG.....	64	STALEVO.....	59
SITZMARKS.....	97	STARLIX.....	45
SIVEXTRO.....	34	stavudine.....	62
SKELAXIN.....	127	STEGLATRO.....	44
SKLICE.....	58	STEGLUJAN.....	45
SKYCLARYS.....	158	STELARA.....	122
SKYLA.....	95	STENDRA.....	155
SKYRIZI.....	142	STIMATE.....	116
SKYTROFA.....	119	STIMUFEND.....	93
SLYND.....	95	STIOLTO RESPIMAT.....	27
sodium chloride.....	112	STIVARGA.....	55
sodium chloride for inhalation.....	157	STRATTERA.....	137
sodium chloride irrig.....	141	STRENSIQ.....	157
SODIUM CITRATE.....	38	STRIBILD.....	63
sodium fluoride.....	104	STROMECTOL.....	48
sodium phenylbutyrate.....	106, 107	SUBOXONE.....	160
sodium polystyrene.....	105	SUCRAID.....	111
sod, pot chlor/mag/sod, pot phos.....	141	sucralfate.....	109
SOFOSBUVIR.....	65	SULAR.....	74
SOGROYA.....	119	SULCONAZOLE.....	42

Índice de medicamentos

sulfacetamide	29, 37, 38, 143, 144	TALZENNA	55
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	38	TAMIFLU	64
sulfadiazine	30, 37	tamoxifen	56
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	30	tamsulosin	160
SULFAMILYLON	38	TAPAZOLE	152
sulindac	26	TAPERDEX	118
sumatriptan	19	TARCEVA	55
SUNLENCA	60	TARGADOX	36
SUNOSI	140	TARGRETIN	51, 56
SUPRANE	23	TARKA	76
SUPRAX	32	TARPEYO	118
SUPREP	112	TASCENSO	87
SURGIFOAM	71	TASIGNA	55
SURGISEAL	147	TASMAR	59
SURVANTA	153	tavaborole	41, 42
SUSTIVA	62	TAVALISSE	154
SUTAB	112	TAVNEOS	71
SUTENT	55	TAYTULLA	95
SYMAX	110	tazarotene	144
SYMBICORT	27	TAZAROTENE	152
SYMBYAX	140	TAZORAC	144
SYMDEKO	153	TAZVERIK	53
SYMFI	63	TC99M	96
SYMJEPI	66	TDVAX	70
SYMLINPEN	44	TECFIDERA	87
SYMPAZAN	88	TEGRETOL	91
SYMPROIC	39	TEGSEDI	156
SYMTUZA	61	TEKTURNA	81, 82
SYNALAR	37, 150	telmisartan	77, 78, 79
SYNAREL	119	telmisartan-hctz	78
SYNDROS	108	temazepam	140, 141
SYNERA	23	TEMIXYS	61
SYNJARDY	46	TEMODAR	51
SYNTHROID	152	TEMOVATE	150
SYPRINE	158	temozolomide	51
T		TENIVAC	70
TABLOID	52	tenofovir	61, 62
TABRECTA	55	TENORETIC	81
TACHOSIL	72	TENORMIN	81
TACLONEX	151	TEPMETKO	55
tacrolimus	122, 123	terazosin	77
tadalafil	75, 155	terbinafine	40
TADLIQ	75	terconazole	40
TAFINLAR	52	teriflunomide	87
TAGITOL	97	TERIPARATIDE	156
TAGRISSO	55	TERSI	144
TAKHZYRO	69	TESSALON	95
TALICIA	109	TESTIM	115
TALTZ	142	testosterone	115, 116

Índice de medicamentos

TESTOSTERONE	115, 116	tolterodine.....	161
TESTRED	116	tolvaptan.....	97
tetrabenazine.....	86, 87	TOLVAPTAN.....	97
tetracaine.....	101	TOPAMAX.....	91
tetracycline.....	36	TOPICORT.....	150
TETRAVISC.....	101	topiramate.....	91
TEXACORT.....	150	TOPROL.....	81
TEZSPIRE.....	158	toremifene.....	56
THALITONE.....	99	toremide.....	98
THALOMID.....	31	TOUJEO.....	47
THEO-24.....	28	TOVIAZ.....	161
theophylline.....	28	TRACLEER.....	75
THIOLA.....	160	TRADJENTA.....	44
thioridazine.....	140	tramadol er.....	22
thiothixene.....	139	tramadol hcl.....	20, 22
THROMBI.....	72	TRAMADOL HCL.....	22
THROMBIN.....	72	tramadol hcl/acetaminophen.....	20
THYQUIDITY.....	153	trandolapril.....	76, 79
thyroid.....	153	tranexamic.....	71
THYROID.....	152, 153	TRANSDERM.....	108
THYROLAR.....	153	TRANXENE.....	129
tiagabine.....	89, 90, 91	tranylcypromine.....	129
TIAZAC.....	74	TRAVATAN.....	102
TIBSOVO.....	55	travoprost.....	102, 103
ticlopidine.....	60	trazodone.....	132
TIGAN.....	108	TRECTOR.....	32
TIGLUTIK.....	86	TRELEGY ELLIPTA.....	27
TIKOSYN.....	72	TREMFYA.....	142
timolol.....	81, 102	TRESIBA.....	48
TIMOPTIC.....	102	TRETIN.....	152
TINDAMAX.....	48	tretinoin.....	56, 143, 151, 152
tinidazole.....	48	TREXALL.....	52
TIROSINT.....	153	TREZIX.....	20
TISSEEL.....	147	triamcinolone.....	149, 150, 154
TIVICAY.....	63	triamterene.....	98
tizanidine.....	127	triazolam.....	140, 141
TLANDO.....	115	TRIBENZOR.....	77
TOBI.....	30	trichloroacetic.....	147
TOBRADEX.....	29	TRICHLOROACETIC.....	147
TOBRADEX EYE DROPS.....	29	TRICOR.....	85
tobramycin.....	29, 30, 31	TRIDESILON.....	150
TOBRAMYCIN.....	31	trientine.....	158
tobramycin/dexamethasone.....	29	trifluoperazine.....	140
TOBREX.....	30	trifluridine.....	64
TOLAK.....	56	TRIGLIDE.....	85
tolbutamide.....	45	trihexyphenidyl.....	58
tolcapone.....	59, 60	TRIJARDY.....	46
tolmetin sodium.....	26	TRIKAFTA.....	153
TOLSURA.....	40	TRILEPTAL.....	91

Índice de medicamentos

TRILIPIX	85	UROXATRAL	160
trimethobenzamide	108	URSO	110
trimethoprim	30, 31	ursodiol	110
trimipramine	134	UTA	31
TRIMO-SAN	48	V	
TRINTELLIX	133	VAGIFEM	121
TRIUMEQ	61	valacyclovir	64
TRIZIVIR	61	VALCHLOR	57
TROKENDI	91	VALCYTE	64
tropicamide	103	valganciclovir	64
TROPICAMIDE	103	VALIUM	129
tropium	161	valproic	91
TRUDHESA	19	valsartan	77, 78, 79
TRULANCE	111	valsartan/hydrochlorothiazide	78
TRULICITY	43	VALTOCO	88
TRUMENBA	69	VALTRES	64
TRUSOPT	103	VANOCOCIN	36
TRUVADA	61	vancomycin	36
TUKYSA	55	VANOS	150
TURALIO	55	varденаfil	155
TUSSICAPS	96	VARIBAR	97
TUXARIN	96	VARIVAX	71
TUZISTRA	96	VARUBI	109
TWINRIX	70	VASCEPA	106
TWIRLA	95	VASERETIC	76
TYBLUME	95	VASHE	142
TYBOST	153	VASOTEC	79
TYKERB	55	VAXELIS	70
TYMLOS	122	VECAMYL	79
TYRVAYA	158	VECTICAL	144
TYVASO	76	VELPHORO	105
U		VELTASSA	105
UBRELVY	19	VELTIN	143
UCERIS	114, 118	VEMLIDY	65
UDENYCA	93	VENCLEXTA	55
UKONIQ	55	venlafaxine	132, 133
ULESFIA	58	VENTAVIS	76
ULORIC	24	verapamil	73, 74, 76
ULTANE	23	VERDESO	150
ULTRACET	20	VEREGEN	66
ULTRAFOAM	72	VERELAN	74
ULTRAM	22	VERKAZIA	103
UPNEEQ	101	VERQUVO	74
UPTRAVI	76	VERSACLOZ	138
URAMAXIN	146	VERZENIO	55
urea	37, 49, 146	VESICARE	161
URIBEL	31	VFEND	40
UROCIT	106	V-GO	124
UROQID	106	VIAGRA	155

Índice de medicamentos

VIBERZI.....	111	WYNZORA.....	151
VIBRAMYCIN.....	36	X	
VICTOZA.....	43	XADAGO.....	60
VIDEX.....	62	XALATAN.....	103
VIEKIRA.....	64	XALKORI.....	55
vigabatrin.....	91, 92	XANAX.....	129
VIGAMOX.....	30	XARELTO.....	38
VIIBRYD.....	133	XATMEP.....	52
VIJOICE.....	154	XCLAIR.....	145
VIMPAT.....	92	XCOPRI.....	92
VIOKACE.....	112	XELJANZ.....	24
VIRACEPT.....	63	XELODA.....	52
VIRAMUNE.....	62	XELPROS.....	103
VIREAD.....	62	XELSTRYM.....	68
VISTARIL.....	42	XENAZINE.....	87
VISTOGARD.....	154	XENICAL.....	57
VITAFOL.....	128	XENLETA.....	34
vite ac/grape/hyaluronic acid.....	145	XEPI.....	37
VITRAKVI.....	55	XERESE.....	66
VIVELLE.....	117	XERMELO.....	107
VIZIMPRO.....	55	XHANCE.....	99
VOGELXO.....	116	XIFAXAN.....	35
VOLTAREN.....	142	XIGDUO.....	46
VOQUEZNA DUAL PAK.....	109	XIIDRA.....	103
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	109	XIMINO.....	36
voriconazole.....	40	XOFLUZA.....	64
VORTEX.....	126	XOLAIR.....	28
VOSEVI.....	64	XOLEGEL.....	42
VOTRIENT.....	55	XOPENEX.....	27
VOWST.....	111	XOSPATA.....	55
VOXZOGO.....	158	XPOVIO.....	56
VRAYLAR.....	138, 139	XTAMPZA ER.....	22
VUITY.....	103	XTANDI.....	51
VUMERITY.....	87	XULTOPHY.....	43
VUSION.....	42	XUREA.....	146
VYLEESI.....	137	XURIDEN.....	105
VYNDAMAX.....	158	XYOSTED.....	116
VYNDAQEL.....	158	XYREM.....	140
VYTORIN.....	82	XYWAV.....	140
VYVANSE.....	134, 135	Y	
VYZULTA.....	103	YASMIN.....	95
W		YAZ.....	95
WAKIX.....	92	YERVOY.....	56
warfarin.....	38	YONSA.....	51
water for irrigation.....	142	YOSPRALA.....	60
Wegovy.....	57	YUFLYMA.....	51
WELCHOL.....	84	YUSIMRY.....	51
WELLBUTRIN.....	130	Z	
WIDE SEAL DIAPHRAGM.....	95	zafirlukast.....	28
WINLEVI.....	49	zaleplon.....	141

Índice de medicamentos

ZANAFLEX.....	127	ZONISADE.....	92
ZARONTIN.....	92	zonisamide.....	92
ZARXIO.....	93	ZONTIVITY.....	60
ZAVESCA.....	157	ZORBITIVE.....	119
ZCORT.....	118	ZORTRESS.....	123, 124
Zegalogue.....	105	ZORYVE.....	142
ZEGERID.....	114	ZOSTAVAX.....	71
ZEJULA.....	55	ZOVIRAX.....	64, 66
ZELAPAR.....	60	ZTLIDO.....	23
ZELBORAF.....	52	ZUBSOLV.....	160
ZELNORM.....	111	ZUPLENZ.....	109
ZEMPLAR.....	156	ZYCLARA.....	145
ZENATANE.....	143	ZYDELIG.....	55
ZENPEP.....	112	ZYKADIA.....	55
ZENZEDI.....	68	ZYLET.....	29
ZEPATIER.....	66	ZYLOPRIM.....	24
ZEPOSIA.....	87	ZYPITAMAG.....	84
ZERVIAE.....	43	ZYPREXA.....	138
ZESTORETIC.....	76	ZYTIGA.....	51
ZESTRIL.....	79	ZYVOX.....	34
ZETIA.....	85		
ZETONNA.....	99		
ZIAC.....	81		
ZIAGEN.....	62		
ZIANA.....	143		
zidovudine.....	61, 62		
ZIEXTENZO.....	93		
zileuton.....	26		
ZILXI.....	37		
ZIMHI.....	39		
zinc.....	146		
ZIOPTAN.....	103		
ziprasidone.....	138		
ZIRGAN.....	64		
ZITHROMAX.....	33, 34		
ZOCOR.....	84		
ZOFRAN.....	109		
ZOHYDRO ER.....	22		
ZOKINVY.....	154		
ZOLADEX.....	53		
ZOLINZA.....	51		
zolmitriptan.....	19		
ZOLOFT.....	132		
zolpidem.....	141		
ZOLPIMIST.....	141		
ZOMACTON.....	119		
ZONACORT.....	118		
ZONALON.....	144		
ZONEGRAN.....	92		

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. <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.*
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.

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

Vietnamese – XIN LƯU 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).