



Lista de medicamentos con receta Value de 4 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/PDL

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

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

Última actualización: 1 de 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.

938070SP h CA Value 4-Tier 08/23 © 2023 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?

Información sobre esta Lista de medicamentos	3
Preguntas frecuentes	3
Palabras que quizás necesite conocer	9
Acerca de esta Lista de medicamentos	10
Cómo leer esta Lista de medicamentos	10
Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	141
Índice de medicamentos	142

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/PDL. Desplácese hacia abajo hasta la sección *California Employer Drug Lists* (Listas de medicamentos para planes de empleadores de California). Abajo de *Cigna Value Prescription Drug List* (Lista de medicamentos con receta Value de Cigna), haga clic en el archivo pdf llamado **California Value 4 Tier (injectable specialty medications covered on tier 4) (DHMC)** (Value de 4 niveles de California [los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4] [DHMC]).

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través de su proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil y para dejar de fumar.²
- Medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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
- Condiciones cutáneas
- Trastornos del sueño

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

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

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

P. 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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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.³

P. ¿Qué es el costo compartido?

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

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.⁴ Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

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

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.⁴

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

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a los medicamentos de marca. También es

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado, y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de los de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.⁴ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

P. ¿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.⁵

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- El envío estándar no tiene costo adicional⁶
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁷ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Accredo® para medicamentos de especialidad

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

- Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío rápido, sin costo adicional⁶
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

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

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

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

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones)⁷ electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta.⁵ Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al **877.826.7657** para obtener más información. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

1. Enviarla electrónicamente a la farmacia de la red que usted elija o a Express Scripts® Pharmacy.⁵

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

2. Darle una receta en papel. Usted puede llevarla a la farmacia de la red que elija o enviarla por correo a Express Scripts® Pharmacy.⁵

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

R. Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia administrados por Cigna, usted tiene acceso a Accredo.⁵ El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le dará la atención personalizada y el apoyo que necesita para ayudarle a controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

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

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

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

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

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

1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare. Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3 y del Nivel 4.
2. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver información sobre su cobertura de farmacia. También puede usar la

herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.³

3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. 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 medicamento 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 medicamento 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 medicamento apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de

salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.

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

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 Value de 4 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

- La versión genérica de un medicamento de marca aparece entre paréntesis y escrita en **minúscula cursiva 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 de mayor costo)	\$\$\$
• Nivel 4 – Medicamentos de especialidad inyectables**	(Medicamentos con el costo más alto)	\$\$\$\$

* Los medicamentos están incluidos en la categoría terapéutica y clase proporcionadas por First Databank.

** Los medicamentos de especialidad orales están cubiertos en un nivel inferior (Niveles 1 a 3).

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 Value de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

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

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Value de 4 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)	19-23	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	45-46
Analgésicos (condiciones urinarias)	23	Antiinfecciosos/Varios (varios)	46
Anestésicos (varios)	23	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	46
Anestésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	47
Anestésicos (condiciones urinarias)	24	Antineoplásicos (cáncer)	48-53
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	24	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	53-54
Antiartríticos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	24-27	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	54
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	27-28	Antiparasitarios (infecciones)	54-55
Antibióticos (alergia/rociadores nasales)	29	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	55-57
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	29-30	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	57
Antibióticos (condiciones oculares)	30-31	Antivíricos (SIDA/VIH)	57-60
Antibióticos (infecciones)	31-36	Antivíricos (condiciones oculares)	60
Antibióticos (condiciones cutáneas)	36-37	Antivíricos (infecciones)	60-62
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	37-39	Antivíricos (condiciones cutáneas)	62
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	62
Antídotos (abuso de sustancias)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	62
Antimicóticos (condiciones oculares)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	63
Antimicóticos (productos femeninos)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	63
Antimicóticos (infecciones)	39	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	63
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	40-41	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	64
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	41	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	64
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	41	Productos biológicos (varios)	64
Antihistamínicos (condiciones oculares)	42	Productos biológicos (vacunas)	64-67
Antihiperoglucémicos (diabetes)	42-45		
Antiinfecciosos (productos femeninos)	45		
Antiinfecciosos (infecciones)	45		
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	45		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	67-68	Elect./calóricos/H2O (medicamentos para el colesterol)	93
Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	68	Elect./calóricos/H2O (productos dentales)	93
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	68-70	Elect./calóricos/H2O (diabetes)	93-94
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	71	Elect./calóricos/H2O (varios)	94
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	71-75	Elect./calóricos/H2O (nutritivos/alimenticios)	94-96
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	76-78	Elect./calóricos/H2O (condiciones urinarias)	96
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	78-79	Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	96
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	79	Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	96-101
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	80	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	101-102
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	80	Hormonas (agentes hormonales)	102-107
Medicamentos para el sistema nervioso central (Trastornos convulsivos)	80-83	Hormonas (infertilidad)	107
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	83	Hormonas (varias)	107
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	83-84	Hormonas (productos para la osteoporosis)	108
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	84-86	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	108
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	86	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	108
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	86-87	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	109
Diagnóstico (varios)	87-88	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	109-111
Diuréticos (diuréticos)	88-89	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	111-112
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	90	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	113
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	90	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	113-114
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	90-93	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	114-118
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	118-119
		Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	120
		Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	120-122
		Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	122-123
		Preparaciones cutáneas (varias)	123-124
		Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	124

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	124-130	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	134-135
Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	131	Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	135
Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	131-132	Productos farmacológicos no clasificados (varios)	135-137
Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	132	Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	137
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	132-133	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	138
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	133	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	138
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	133	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	138-139
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	133	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	139
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	133-134	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	139-40
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	134	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	140
		Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	140

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)
FIORINAL (<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)
ESGIC 50-325-40 MG TABLET (<i>butalbital-acetaminophen-caffe</i>)	T3	QL (6 tabs/day)
ESGIC CAPSULE (<i>zebutal</i>)	T3	QL (6 caps/day)
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA
AJOVY SYRINGE	T2	PA
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
CAFERGOT (<i>ergotamine-caffeine</i>)	T3	QL (40 tabs/28 days)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA
EMGALITY SYRINGE	T2	PA
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (Cafergot)	T1	QL (40 tabs/28 days)
<i>frovatriptan succinate</i>	T1	QL (18 tabs/30 days)
<i>isomethept/dichlphn/acetaminop</i>	T1	
<i>isomethepten/caf/acetaminophen</i>	T1	
<i>naratriptan hcl</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
NURTEC ODT	T2	PA QL (16 tabs/30 days)
<i>rizatriptan benzoate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)
<i>sumatriptan</i>	T1	QL (2 boxes/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng</i>	T1	QL (4ml/30 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL (5ml/30 days)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 days)
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i>	T1	QL (9 tabs/30 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 carpupject</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 (40mg/30 days) HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpupject</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 carpupject</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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES 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 (Hydrocodone-acetaminophen)</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/acetaminophen (Norco)</i>	T1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	T1	PA
LORTAB	T1	PA
NALOCET	T1	PA
NORCO (<i>lorcet hd</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet plus</i>)	T3	PA
NORCO (<i>lorcet</i>)	T3	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Nalocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Primlev)</i>	T1	PA
PERCOCET (<i>oxycodone-acetaminophen</i>)	T3	PA
PRIMLEV	T1	PA
<i>tramadol hcl/acetaminophen (Ultracet)</i>	T1	
ULTRACET (<i>tramadol hcl-acetaminophen</i>)	T3	
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<i>hydrocodone/ibuprofen (Ibudone)</i>	T1	PA
IBUDONE	T1	PA
<i>ibuprofen/oxycodone hcl</i>	T1	PA
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 (Acetamin-caff-dihydrocodeine)</i>	T1	PA
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod (Trezix)</i>	T1	PA
TREZIX	T3	PA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T3	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
ARYMO ER	T3	PA
BELBUCA	T2	QL (2 films/day)
<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 (<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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA
ROXYBOND	T3	PA
<i>tramadol er 100 mg, 200mg, 300mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>tramadol hcl (Ultram)</i>	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, 200 MG, 300 MG CAPSULE	T1	QL (1 cap/day)
<i>tramadol hcl er 200 mg, 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/cafein (Fiorinal With Codeine #3)</i>	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 (Fioricet With Codeine)</i>	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	T3	
RIMSO-50	T2	

ANESTÉSICOS (Varios)

ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

<i>desflurane (Suprane)</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane (Ultane)</i>	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T3	

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine hcl</i>	T1	
----------------------	----	--

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
<i>desflurane</i> (Suprane)	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T3	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	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	
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	
ANTIALÉRGICOS (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
<i>penicillamine</i> (Depen)	T1	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
OTREXUP	T2	PA
REDITREX	T2	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS, 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	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ORENCIA CLICKJECT	T4	PA QL (4 injectors/28 days) SP HD
COLCHICINA		
COLCHICINE	T1	HD
<i>colchicine</i> (Colcrys)	T1	HD
COLCRYS (<i>colchicine</i>)	T3	HD
MITIGARE	T3	HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T3	
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)		
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
COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS 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
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>oxaprozin</i> (Daypro)	T1	HD
<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
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL
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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA (cont.)		
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD
<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</i> (Albuterol Sulfate Hfa)	T1	QL (8.5gm/30 days)
ALBUTEROL SULFATE HFA	T1	QL (8.5gm/30 days)
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex Concentrate)	T1	
<i>levalbuterol hcl</i> (Xopenex)	T1	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T3	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol concentrate</i>)	T3	
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T2	HD
COMBIVENT RESPIMAT	T2	HD QL
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T2	HD
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	T2	HD
COMBO DE AGENTES ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
AIRDUO DIGIHALER	T3	ST HD
DULERA	T2	HD
<i>fluticasone propion/salmeterol</i>	T1	HD
FLUTICASONE-SALMETEROL	T1	HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	
TRELEGY ELLIPTA	T2	
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
<i>budesonide</i> (Pulmicort)	T1	HD
ALVESCO	T2	
ASMANEX HFA	T2	QL
ASMANEX TWISTHALER	T2	QL
<i>budesonide</i> (PulmHicort)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
FLOVENT DISKUS	T2	HD
FLOVENT HFA	T2	HD
PULMICORT (<i>budesonide</i>)	T3	HD
QVAR REDHALER	T2	HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	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	T4	PA SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES - ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5		
NUCALA	T4	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

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Medicamentos para los oídos)		
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		
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
TOBRADEX	T3	
TOBRADEX (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	T3	
TOBRADEX ST 0.3-0.05% DROP	T2	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
ZYLET	T3	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
BLEPHAMIDE	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE 1% EYEDROPS	T2	
BACIGUENT (<i>bacitracin</i>)	T3	
<i>bacitracin</i> (Baciguent)	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
BESIVANCE 0.6% SUSP	T2	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>levofloxacin</i>	T1	
MOXEZA (<i>moxifloxacin</i>)	T3	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Moxeza)	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Vigamox)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
<i>neomycin sulf/bacitracin/poly</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
<i>ofloxacin (Ocuflox)</i>	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim (Polytrim)</i>	T1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
<i>BACTRIM (sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	T3	
<i>BACTRIM DS (sulfamethoxazole-trimethoprim)</i>	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T3	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim Ds)</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim)</i>	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>ARIKAYCE</i>	T3	PA SP
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate/pf</i>	T1	
<i>KITABIS PAK</i>	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
<i>TOBI PODHALER</i>	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
<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</i>	T1	QL (28ML/DAY) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</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	
<i>TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML</i>	T3	PA QL (10ml/day) SP HD
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
<i>FLAGYL (metronidazole)</i>	T3	
<i>metronidazole (Flagyl)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<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>	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i> (Uribel)	T1	
<i>methen/mblue/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	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
URIBEL	T3	
UTA	T3	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID	T2	PA SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T1	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T1	
CYCLOSERINE	T1	
PRETOMANID	T3	PA QL (1 tab/day)
PRIFTIN	T3	
RIFAMATE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS (cont.)		
<i>rifampin</i>	T1	
RIFATER	T3	
SIRTURO	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>cefixime</i> (Suprax)	T1	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	
SUPRAX	T3	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 MACRÓLIDOS (cont.)		
<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)
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T3	
ERY-TAB (<i>erythromycin</i>)	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i>	T3	
<i>erythromycin base</i> (Ery-tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T3	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
PCE	T3	
ZITHROMAX 1 GM POWDER PACKET (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>azithromycin</i>)	T3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET (<i>azithromycin</i>)	T3	
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</i> suspension	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrochantin)	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Es-600)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
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 (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T3	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin/ciprofloxa hcl</i>	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i> (Avelox)	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T3	QL (12 tabs/3 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL (126 tabs/year)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
<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	
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>minocycline er 115 mg tablet</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
<i>minocycline er 45 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>minocycline er 55 mg, 65 mg, 80 mg, 90mg tablet</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
NUZYRA	T3	PA QL (30 tablets/28 days) SP
<i>tetracycline hcl</i>	T1	
VIBRAMYCIN	T3	
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T3	
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel-vaginal)	T1	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
FIRVANQ	T2	
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T1	
<i>vancomycin 50 mg/ml solution</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T1	
<i>vancomycin hcl</i> (Firvanq)	T1	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
BENZAMYCIN (<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>)	T3	
CENTANY	T3	
CENTANY AT	T3	
CLEOCIN T (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	
CLINDACIN PAC	T3	
<i>clindamycin phosphate</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T1	
<i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T3	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)	T1	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T3	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
<i>mupirocin</i> (Centany)	T1	
<i>mupirocin calcium</i>	T1	
XEPI	T3	
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS	T3	
<i>avar cleanser</i> (Rosanil)	T1	
AVAR LS	T3	
<i>mafenide acetate</i>	T1	
ROSANIL (<i>sodium sulfacetamide-sulfur</i>)	T1	
SILVADENE (<i>ssd</i>)	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sulfacetamide sod/sulfur/urea</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Avar-e Green)	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> (Rosanil)	T1	
<i>sulfacetamide/sulfur/cleansr23</i>	T1	
<i>sulfact sod/sulur/avob/otn/oct</i>	T1	
SULFAMILYLON	T3	
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
<i>warfarin sodium</i>	T1	HD
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A SOLUTION	T2	
ACD-A SOLUTION	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T1	
SODIUM CITRATE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>)	T4	QL (1 syringe/day) SP
<i>enoxaparin 100 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 150 mg/ml syringe</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> (Lovenox)	T4	QL (1 vial/day) SP
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr</i> (Lovenox)	T4	QL (2 syringes/day) SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T4	QL (1 syringe/day) SP
FRAGMIN	T4	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	
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 2,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i> (Heparin Sodium)	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T1	
LOVENOX 100 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
LOVENOX 150 MG/ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 300 MG/3 ML VIAL (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (1 vial/day) SP
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SYRINGE (<i>enoxaparin sodium</i>)	T4	QL (2 syringes/day) SP
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		
<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 units/30 days)
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T2	PA SP HD
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T1	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (<i>flucytosine</i>)	T3	
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T3	PA
fluconazole	T1	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T1	
<i>itraconazole</i>	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	
NOXAFIL	T3	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>posaconazole</i>)	T3	
ORAVIG	T3	
<i>posaconazole</i> (Noxafil)	T1	
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T3	PA
VIVJOA	T3	PA
<i>voriconazole</i> (Vfend)	T1	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
<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	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream</i>	T1	
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i>	T1	
<i>ciclopirox olamine</i> (Loprox)	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	
ECOZA	T3	
EXODERM	T1	
<i>ketoconazole</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIAMÍNICOS (Condiciones oculares)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T1	
<i>epinastine hcl</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>olopatadine hcl 0.2% eye drop</i>	T1	

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

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

BYDUREON	T2	QL (4 vials/28 days) ST HD
BYDUREON BCISE	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYDUREON PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
BYETTA	T2	QL (1 pen/30 days) ST HD
OZEMPIC 0.25-0.5 MG DOSE PEN	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (1.5 ML)	T2	QL (2 pens/28 days) ST HD
OZEMPIC 1 MG DOSE PEN (3 ML)	T2	QL (3ML/21 Days) ST HD
REZVOGLAR KWIKPEN	T2	QL
RYBELSUS	T2	QL (1 tab/day) ST HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (4 pens/28 days) ST HD
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	T2	QL (2 ML/28 Days) ST HD

ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I

SOLIQUA 100-33	T2	HD
XULTOPHY 100-3.6	T2	HD

ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)

FARXIGA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
JARDIANCE	T2	QL (1 tab/day) ST HD

ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA

CYCLOSET	T3	HD
----------	----	----

ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA

<i>acarbose (Precose)</i>	T1	HD
<i>GLYSET (miglitol)</i>	T3	HD
<i>miglitol (Glyset)</i>	T1	HD
<i>PRECOSE (acarbose)</i>	T3	HD

ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA

SYMLINPEN 120	T2	HD
SYMLINPEN 60	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
GLUCOPHAGE XR (<i>metformin hcl er</i>)	T3	HD
<i>metformin hcl</i>	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Glucophage Xr)	T1	HD
<i>metformin hcl</i> (Riomet)	T1	HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T3	HD
RIOMET ER	T3	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T2	QL (1 tab/day) ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T3	HD
<i>chlorpropamide</i>	T1	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol)	T1	HD
GLUCOTROL (<i>glipizide</i>)	T3	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide xl</i>)	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE (<i>glyburide micronized</i>)	T3	HD
<i>nateglinide</i> (Starlix)	T1	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
STARLIX (<i>nateglinide</i>)	T3	HD
<i>tolbutamide</i>	T1	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T2	QL (1 tab/day) ST HD
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		
JANUMET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD
JANUMET XR 100-1, 000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS (cont.)			
JANUMET XR 50-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS			
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD	
<i>repaglinide/metformin hcl</i>	T1	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)			
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T3	HD	
AVANDIA	T3	HD	
<i>pioglitazone hcl</i> (Actos)	T1	HD	
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES			
KORLYM	T3	PA SP	
ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS			
SYNJARDY	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
SYNJARDY XR 10-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
SYNJARDY XR 12.5-1, 000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
SYNJARDY XR 25-1, 000 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
SYNJARDY XR 5-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
XIGDUO XR 10 MG-1, 000 MG TAB	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
XIGDUO XR 2.5 MG-1, 000 MG TAB	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
XIGDUO XR 5 MG-1, 000 MG TABLET	T2	QL (2 tabs/day) ST HD	
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS			
TRIJARDY XR	T2	QL (1 tab/day) ST HD	
INSULINAS			
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD	
FIASP PENFILL	T3	QL (1.5ml/day) HD	
HUMALOG	T2	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 (2ml/day) HD	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD	
HUMALOG MIX 75-25	T2	QL (2ml/day) HD	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	QL (2ml/day) HD	
T1 – Habitualmente genéricos	T4 – Medicamentos de especialidad inyectables	ST – Tratamiento escalonado	HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Habitualmente marcas preferidas	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad	PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Habitualmente marcas no preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad	CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
HUMULIN R U-500	T2	QL (1ML/DAY) HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	QL (1ML/DAY) HD
LYUMJEV	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	QL (1.5ML/DAY) HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	QL (1ML/DAY) HD
TRESIBA	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T2	QL (1.5ml/day) HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T2	QL (0.9ml/day) HD
ANTIINFECIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T3	
ANTIINFECIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T1	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T1	
RELAGARD (<i>fem ph</i>)	T3	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECIOSOS/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 sulfate</i>	T1	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T3	
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T3	
EMVERM	T1	
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTHELMÍNTICOS (cont.)		
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T3	
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i> (Malarone)	T1	
<i>chloroquine ph 250 mg tablet</i>	T1	QL (56 Tabs/365 Days)
<i>chloroquine ph 500 mg tablet</i>	T1	
COARTEM	T3	PA QL (24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T3	PA SP
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Plaquenil)	T1	
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 (<i>primaquine phosphate</i>)	T1	
<i>primaquine phosphate</i>	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> (Quaalquin)	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
BENZNIDAZOLE	T3	
IMPAVIDO	T3	PA
LAMPIT	T3	
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	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T3	
<i>ciclopirox/urea/camph/men/euc</i> (Ciclodan)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ	T4	PA QL (2 doses/ 28 days) SP HD
AVSOLA	T4	PA SP
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	T4	PA QL (1 kit/28 days) SP HD
CIMZIA 2X200 MG/ML(X3)START KT	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
CYLTEZO (CF)	T4	PA QL (2 doses/28 days) SP
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL (8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (4ml/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL (4 cartridges/28 days) SP HD
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
HADLIMA,	T4	PA QL (2 doses/28 days) SP
HADLIMA (CF)	T4	PA QL (2 doses/28 days) SP
HUMIRA	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T4	PA QL (4 KITS/365 DAYS) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T4	PA QL (1 kit/year) SP HD
HYRIMOZ	T4	PA QL (2 doses/28 days) SP
INFLECTRA	T2	PA SP HD
REMICADE	T4	PA SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>melphalan</i>)	T3	SP
<i>cyclophosphamide</i>	T1	SP HD
GLEOSTINE	T2	
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T3	
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	
LEUKERAN	T2	
<i>melphalan</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		
<i>abiraterone 500 mg tablet</i>	T1	SP HD
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	T1	PA SP HD
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T1	
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T3	
ERLEADA 240 MG TABLET	T2	PA QL(1 TAB/DAY) SP HD CSL
ERLEADA 60 MG TABLET	T2	PA SP HD CSL
<i>flutamide</i>	T1	
<i>nilutamide</i>	T1	QL (4 tabs/day)
NUBEQA	T2	PA SP HD
XTANDI	T2	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine</i> (Xeloda)	T1	PA SP HD
INQOVI	T3	PA SP HD
LONSURF	T3	PA SP HD
<i>mercaptopurine</i>	T1	
<i>methotrexate sodium</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
<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</i> (Arimidex)	T1	HD PPACA
ARIMIDEX (<i>anastrozole</i>)	T3	HD
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T3	HD
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T1	HD PPACA
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T3	HD
<i>letrozole</i> (Femara)	T1	HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
BRAFTOVI	T3	PA SP HD
TAFINLAR	T2	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		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	T3	PA QL (8 TABS/DAY) SP HD CSL
LUMAKRAS 320 MG TABLET	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
COTELLIC	T3	PA SP HD
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	T3	PA QL (10 capsules/day) SP
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 caps/day) SP
MEKINIST	T3	PA SP HD
MEKTOVI	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
AFINITOR 10 MG TABLET	T2	PA SP HD
AFINITOR 2.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR 5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR 7.5 MG TABLET (<i>everolimus</i>)	T3	PA SP HD
AFINITOR DISPERZ	T3	PA SP
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
<i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T1	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T3	PA SP
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T3	PA SP HD
ANTINEOPLÁSTICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
KISQALI FEMARA CO-PACK	T2	PA QL (1 pack/28 days) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DEL EGF		
PHESGO	T4	PA SP HD
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T1	PA QL (1 TAB/DAY) SP HD CSL
POMALYST	T3	PA SP HD
REVLIMID	T2	PA QL (1 TAB/DAY) SP HD CSL
AGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
<i>leuprolide acetate</i>	T4	PA SP HD
LEUPROLIDE DEPOT	T4	PA SP HD
LUPRON DEPOT	T4	PA SP HD
ZOLADEX	T4	PA SP HD
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
FIRMAGON	T4	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
BALVERSA	T3	PA SP
BOSULIF	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
BRUKINSA	T2	PA QL (4 caps/day) SP
CABOMETYX	T3	PA SP HD
CALQUENCE	T3	PA SP
CAPRELSA	T3	PA SP
COMETRIQ	T3	PA SP HD
COPIKTRA	T3	PA SP
<i>erlotinib hcl</i>	T1	PA SP HD
EXKIVITY	T3	PA SP HD
GAVRETO	T3	PA QL (4 Tabs/Day) SP
<i>gefitinib</i>	T1	PA SP HD CSL
GILOTRIF	T3	PA SP HD
GLEEVEC (<i>imatinib mesylate</i>)	T3	PA SP HD
IBRANCE	T3	PA QL (SP HD
ICLUSIG	T3	PA SP
<i>imatinib mesylate</i> (Gleevec)	T1	QL (6 TABS/DAY) SP HD CSL
IMBRUVICA	T2	PA SP
INLYTA	T3	PA SP HD
INREBIC	T3	PA SP HD
IRESSA	T3	PA SP HD
KISQALI 600mg	T2	PA SP QL(63/28 DAYS)HD CSL
KISQALI 400mg	T2	PA SP QL(42/28 DAYS) HD CSL
KISQALI 200mg	T2	PA QL (21/28 DAYS) SP HD CSL
<i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)	T1	PA SP HD
LENVIMA	T3	PA SP HD
LORBRENA	T3	PA SP HD
LYNPARZA	T2	PA SP HD
LYTGOBI 12 MG DAILY DOSE (3X 4MG TB)	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 16 MG DAILY DOSE (4X 4MG TB)	T3	PA QL (4 TABS/DAY) SP CSL
LYTGOBI 20 MG DAILY DOSE (5X 4MG TB)	T3	PA QL (5 TABS/DAY) SP CSL
NERLYNX	T3	PA SP HD
NINLARO	T3	PA SP HD
PEMAZYRE	T3	PA QL (14 tabs/21 days) SP
PIQRAY	T3	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
QINLOCK	T3	PA QL (3 tabs/day) SP
SCEMBLIX	T3	PA QL (2 tablets/day) SP HD
TURALIO 125 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 CAPS/DAY) SP CSL
TURALIO 200 MG CAPSULE	T3	PA SP CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T3	PA QL (6 caps/day) SP HD
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
ROZLYTREK	T3	PA SP HD
RUBRACA	T2	PA SP
RYDAPT	T3	PA SP HD
SPRYCEL	T2	PA SP HD
STIVARGA	T3	PA SP HD
SUTENT	T2	PA SP HD
TABRECTA	T3	PA QL (4 tabs/day) SP HD
TAGRISSO	T3	PA SP HD
TALZENNA	T3	PA SP HD
TASIGNA	T2	PA SP HD
TEPMETKO	T4	PA QL (2 tabs/day) SP
TUKYSA	T3	PA SP
TYKERB (<i>lapatinib</i>)	T3	PA SP HD
UKONIQ	T3	PA QL (4 tabs/day) SP
VERZENIO	T2	PA SP QL 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
ANTINEOPLÁSICOS, ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-MUERTE PROGRAMADA-I (PD-I)		
OPDIVO	T4	PA SP HD
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA	T3	PA SP
VENCLEXTA STARTING PACK	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T3	PA SP HD
REZLIDHIA	T3	PA QL (2 CAPS/DAY) SP CSL
TIBSOVO	T3	PA SP
FÁRMACOS INMUNOCONJUGADOS ANTINEOPLÁSTICOS		
ENHERTU	T4	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)		
XPOVIO	T3	PA SP
ANTICUERPO MONOCLONAL AL RECEPTOR ANTÍGENO DEL LINFOCITO T CITOTÓXICO (CTLA-4)		
YERVOY	T4	PA SP HD
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T3	QL (2 tabs/day) HD
SOLTAMOX	T2	HD
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T1	QL (2 tabs/day) HD
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T2	SP HD
<i>megestrol acetate</i>	T3	
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T3	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T3	
FLUOROPLEX	T2	
<i>fluorouracil</i>	T1	
<i>fluorouracil</i> (Efudex)	T1	
PANRETIN	T3	SP HD
PICATO	T3	
TARGRETIN 1% GEL	T2	SP HD

I1 – Habitualmente genéricos

I4 – Medicamentos de especialidad inyectables

S1 – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

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.)			
TOLAK	T3		
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	T4	PA QL (9 ML/22 DAYS) SP	
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD			
SAXENDA	T3	PA	
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 (<i>nitazoxanide</i>)	T3		
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1		
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS			
<i>crotamiton</i> (Eurax)	T1		
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T3		
EURAX	T3		
<i>ivermectin</i> (Sklice)	T1		
T1 – Habitualmente genéricos	T4 – Medicamentos de especialidad inyectables	ST – Tratamiento escalonado	HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Habitualmente marcas preferidas	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad	PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Habitualmente marcas no preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad	CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

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	T4	PA SP HD
AZILECT 0.5 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
AZILECT 1 MG TABLET (<i>rasagiline mesylate</i>)	T3	HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-250)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T3	HD
DUOPA	T3	SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T3	PA SP HD
KYNMOBI	T2	PA HD
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
MIRAPEX ER 3 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET (<i>pramipexole er</i>)	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
OSMOLEX ER	T3	QL (1 tab/day) HD
OSMOLEX ER 258 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole er 0.375 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 0.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 1.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 2.25 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pramipexole er 3 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 3.75 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>pramipexole er 4.5 mg tablet</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab</i> (Azilect)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rasagiline mesylate 1 mg tab</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
SINEMET 25-250 (<i>carbidopa-levodopa</i>)	T3	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 150 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>)	T3	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T3	HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	HD
XADAGO	T3	ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i>	T1	
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T3	HD
PLAVIX (<i>clopidogrel</i>)	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
<i>ticlopidine hcl</i>	T1	HD
ZONTIVITY	T3	HD
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	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	T4	PA SP
JULUCA	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NRTI		
DOVATO	T2	SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE NRTI E INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
TRIUMEQ	T2	SP
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

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i>	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	T1	PA SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>	T1	PA SP
<i>lamivudine/zidovudine</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
SELZENTRY	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FIJACIÓN DE LA CD4		
RUKOBIA	T3	PA QL (2 SYRINGE/DAY) SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T3	PA SP
<i>efavirenz</i>	T1	PA SP
<i>nevirapine</i>	T1	PA SP
PIFELTRO	T3	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i>	T1	PA SP
<i>emtricitabine (Emtriva)</i>	T1	PA SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T2	PA SP
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i>	T1	SP
<i>lamivudine 150 mg tablet</i>	T1	SP
<i>lamivudine 300 mg tablet</i>	T1	PA SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	T1	PA SP
VIREAD	T2	PA SP
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA 100-25 MG TABLET	T2	
KALETRA 200-50 MG TABLET	T2	
KALETRA 80-20 MG SOLUTION	T2	
<i>lopinavir/ritonavir</i>	T1	
ANTIVÍRICOS - ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i>	T1	PA SP
EVOTAZ	T3	PA SP
<i>fosamprenavir calcium</i>	T1	PA SP
INVIRASE	T2	PA
LEXIVA	T2	PA SP
NORVIR	T2	SP
REYATAZ	T2	PA SP
<i>ritonavir</i>	T1	SP
ANTIVÍRICOS - INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T3	PA SP
ISENTRESS	T2	SP
ISENTRESS HD	T2	PA SP
TIVICAY	T2	SP
TIVICAY PD	T2	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
COMPLERA	T3	PA SP
DELSTRIGO	T3	PA SP
<i>efavirenz/emtricit/tenofovir df (Atripla)</i>	T1	PA SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop (Symfi Lo)</i>	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop (Symfi)</i>	T1	SP
ODEFSEY	T3	PA SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T2	SP
GENVOYA	T2	SP
STRIBILD	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir	T1	
famciclovir	T1	
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
LIVTENCITY	T4	PA QL (4 tabs/day) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL (180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL (10/30 days)
PREVYMIS	T3	SP HD
RELENZA	T3	QL (20/30 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (20/30 days)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T3	QL (180ml/30 days)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL (10/30 days)
valacyclovir hcl (Valtrex)	T1	
valganciclovir hcl	T1	
VALTrex (valacyclovir)	T3	
XOFLUZA	T3	QL (2 tabs/30 days)
HEP. C - COMB. DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NO NUC.		
VIEKIRA PAK	T3	PA SP HD
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T2	PA SP HD
VIRUS DE LA HEP. C, INH. DE LA POLIMERASA NS5B ANÁLOGA DE NUCLEÓTIDOS		
SOVALDI 150 MG, 200 MG PELLET PACKET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
SOVALDI 200 MG, 400 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/Day) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T2	PA SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T2	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i> (Hepsera)	T1	SP HD
BARACLUDE	T2	SP HD
<i>entecavir 0.5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) SP HD
<i>entecavir 1 mg tablet</i>	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>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
VEMLIDY	T2	SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
PEGASYS	T4	PA SP HD
PEGINTRON	T4	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
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribasphere ribapak 600-600 mg</i>	T1	SP HD
<i>ribavirin</i>	T1	SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T3	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)		
PAXLOVID	T2	QL (1 pkg/120 days)
INHIBIDOR DE LA ARN POLIMERASA		
MOLNUPIRAVIR	T3	QL (1 pkg/120 days)
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES TÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS GENITALES-VPH		
VEREGEN	T3	
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
<i>epinephrine</i>	T1	QL (2 packs/30 days)
<i>epinephrine</i> (Epinephrine)	T1	QL (2 packs/30 days)
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)		
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 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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADDERALL (<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>)	T3	PA ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	PA
<i>dextroamp-amphet er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamp-amphet er 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 25 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dextroamp-amphet er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	PA
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T3	PA ST
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	PA
EVEKEO (<i>amphetamine sulfate</i>)	T3	PA ST
<i>methamphetamine hcl</i>	T1	PA
XELSTRYM	T3	PA QL (1 PATCH/DAY)
ZENZEDI	T3	PA ST

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

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

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

AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

DIBENZYLINE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T3	HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzyline)	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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA QL (1 tab/day)
ODACTRA	T3	PA QL (1 tab/day)
ORALAIR	T3	PA QL (1 tab/day)
RAGWITEK	T3	PA QL (1 tab/day)
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ	T4	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
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOLE	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 2017-2018	T2	PPACA
AFLURIA 2018-2019	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2017-2018	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2018-2019	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-20 (3YR UP)	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
AFLURIA QUAD 2019-20 (6-35MO)	T2	PPACA
AFLURIA QUAD 2019-2020	T2	PPACA
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
FLUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUAD QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUARIX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUBLOK 2017-2018	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUMIST QUAD 2017-2018	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2018-2019	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2019-2020	T3	PPACA
FLUMIST QUAD 2020-2021	T3	PPACA
FLUVIRIN 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2017-2018	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
FLUZONE HIGH-DOSE 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE 2019-2020	T2	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21	T2	PPACA
FLUZONE INTRADERM QUAD 2017-18	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2019-2020	T2	PPACA
FLUZONE QUAD 2020-2021	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2017-2018	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2018-2019	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI 2019-2020	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		
ACAM2000	T3	
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS (cont.)		
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	QL (2 dosis/lifetime) PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
ZOSTAVAX	T2	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA		
CABLIVI	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T3	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T3	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	SP
FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS		
ALTUVIHO	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T2	
ENDARI	T3	
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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)

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

HEMOSTÁTICOS TÓPICOS (cont.)

RAPLIXA	T3	
RECOTHROM	T3	
SURGIFOAM	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

AGENTES HEMORREOLÓGICOS

<i>pentoxifylline</i>	T1	HD
-----------------------	----	----

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
----------------------------	----	--------------------

ANTIARRÍTMICOS

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 (Rythmol Sr)</i>	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl er</i>)	T3	PA HD
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (8 caps/day) HD
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (4 caps/day) HD
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE (<i>dofetilide</i>)	T3	PA QL (2 caps/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 ENFERMEADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ADALAT CC (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil er</i>)	T3	HD
CAMZYOS	T3	PA QL (30Caps/30days) SP
CARDIZEM LA 120 MG TABLET (<i>diltiazem hcl</i>)	T3	QL (1 tab/day) HD
CARDIZEM LA 180 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 240 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 300 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 360 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
CARDIZEM LA 420 MG TABLET (<i>matzim la</i>)	T3	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 120 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	QL(1 TAB/DAY) HD
<i>diltiazem 24h er(la) 180 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 240 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 300 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 360 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem 24h er(la) 420 mg tb</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
KATERZIA	T3	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

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>nisoldipine er 8.5 mg tablet (Sular)</i>	T1	HD
NORLIQVA ORAL SOLN	T2	PA QL
NORVASC (<i>amlodipine besylate</i>)	T3	HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T3	HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine er</i>)	T3	HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T3	HD
TIAZAC (<i>tiadylt er</i>)	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Calan Sr)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan Pm)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan)</i>	T1	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T3	HD
VERELAN (<i>verapamil sr</i>)	T3	HD
VERELAN PM (<i>verapamil er pm</i>)	T3	HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T1	HD
REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA		
CORLANOR	T2	PA HD
VASODILATADORES, CORONARIOS		
DILATRATE-SR	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T1	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitro-dur)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitrolingual)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitromist)</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin (Nitrostat)</i>	T1	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T2	PA SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp (Revatio)</i>	T1	PA SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet (Revatio)</i>	T1	PA SP HD
<i>tadalafil (Adcirca)</i>	T1	PA SP HD
<i>tadalafil 20 mg tablet (Adcirca)</i>	T1	PA SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan (Letairis)</i>	T1	PA SP HD
<i>bosentan (Tracleer)</i>	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
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KIT	T3	PA QL(168 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KIT	T3	PA QL(336 TABS/180 DAYS) SP HD
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KIT	T3	PA QL(252 TABS/180 DAYS) SP HD
TYVASO	T3	PA SP HD
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T3	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T3	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T3	PA SP HD
UPTRAVI	T2	PA SP HD
VENTAVIS	T3	PA SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET	T3	HD
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>captopril-hctz 25-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 25-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-15 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>captopril-hctz 50-25 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol er 10 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 20 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 40 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>carvedilol er 80 mg capsule (Coreg Cr)</i>	T1	HD
<i>COREG (carvedilol)</i>	T3	ST HD
<i>COREG CR 10 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 20 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 40 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	QL (1 cap/day) ST HD
<i>COREG CR 80 MG CAPSULE (carvedilol er)</i>	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>CARDURA (doxazosin mesylate)</i>	T3	HD
<i>CARDURA XL</i>	T3	HD
<i>doxazosin mesylate (Cardura)</i>	T1	HD
<i>MINIPRESS (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/hcthiazyd</i>	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazyd</i>	T1	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
<i>ENTRESTO</i>	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan-hctz 40-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb</i>	T1	HD
<i>telmisartan-hctz 80-25 mg tab</i>	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 10-40 mg</i>	T1	HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-20 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>amlodipine-olmesartan 5-40 mg</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 40-5 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-10</i>	T1	HD
<i>telmisartan-amlodipine 80-5 mg</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i>	T1	HD
EPANED	T3	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i>	T1	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i>	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i>	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i>	T1	HD
<i>losartan potassium</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>olmesartan medoxomil 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab</i>	T1	HD
<i>telmisartan 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 40 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>telmisartan 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>valsartan</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
VECAMYL	T1	
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEY (<i>metyrosine</i>)	T3	HD
<i>metyrosine</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
<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>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
bisoprolol fumarate	T1	HD
INNOPRAN XL	T3	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i>	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
SOTYLIZE	T3	ST HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T1	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T1	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>nadolol/bendroflumethiazide</i>	T1	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren 150 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>aliskiren 300 mg tablet</i>	T1	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
BIDIL	T3	QL (6 tabs/day)
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T1	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	T1	HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine-atorvast 10-10 mg (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
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIB. DE LA SÍNTESIS DE LA APO B-100		
KYNAMRO	T4	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluvastatin sodium</i>	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<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
<i>pravastatin sodium</i>	T1	HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 10 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>rosuvastatin calcium 20 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>rosuvastatin calcium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>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
<i>CADUET 10 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 10 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 10 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 10 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 5 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 5 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>CADUET 5 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>CADUET 5 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 10 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 10 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 5 MG-10 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>CADUET 5 MG-20 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>CADUET 5 MG-40 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	QL (1 tab/day) HD
<i>CADUET 5 MG-80 MG TABLET (amlodipine-atorvastatin)</i>	T3	HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>simvastatin 80 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine</i> (with sugar) (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID	T3	HD
COLESTID (<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
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate</i>	T1	HD
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate, micronized</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (choline) (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LIPOFEN	T3	ST HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T3	HD
<i>niacin</i> (Niaspan)	T1	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</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl er 14 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>memantine hcl er 21 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 28 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i> (Namenda Xr)	T1	QL (1 cap/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)		
NAMENDA	T3	HD
NAMENDA (<i>memantine hcl</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	HD
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE (<i>memantine hcl er</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	QL (112/365 days) HD

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

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

MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO	T3	PA SP HD
AUSTEDO XR 6MG	T3	PA QL (90 tabs/30 days) SP
AUSTEDO XR 12MG	T3	PA QL (30 tabs/30 days) SP
AUSTEDO XR 24MG	T3	PA QL (60 tabs/20 days) SP
INGREZZA	T3	PA SP HD
<i>tetrabenazine</i>	T1	PA SP HD

AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBLBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA

NUEDEXTA	T3	QL (4 caps/day)
----------	----	-----------------

XANTINAS

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)

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

AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AVONEX	T4	PA SP HD
AVONEX PEN	T4	PA SP HD
BAFIERTAM	T2	PA SP HD
BETASERON	T4	PA SP HD
<i>dimethyl fumarate</i>	T1	HD
<i>glatiramer</i>	T1	HD
<i>glatiramer acetate</i>	T4	PA SP HD
<i>glatopa</i>	T1	HD
KESIMPTA PEN	T4	PA SP HD
MAVENCLAD	T3	PA SP HD
MAYZENT	T2	PA SP HD
PLEGRIDY	T4	PA SP HD
PLEGRIDY PEN	T4	PA SP HD
REBIF	T4	PA SP HD
REBIF REBIDOSE	T4	PA SP HD
<i>teriflunomide (Aubagio)</i>	T1	SP HD
VUMERITY	T2	PA SP HD

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

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

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

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

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

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam (Onfi)</i>	T1	HD
<i>clonazepam</i>	T1	HD
<i>clonazepam (Klonopin)</i>	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T3	PA HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst (Diastat Acudial)</i>	T1	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys (Diastat)</i>	T1	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst (Diastat Acudial)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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 - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)		
KLONOPIN (<i>clonazepam</i>)	T3	PA HD
NAYZILAM	T2	PA QL (5 kits/30 days) HD
ONFI (<i>clobazam</i>)	T3	PA HD
VALTOCO	T3	PA QL (10 PACKS/22 DAYS) HD
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T3	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET	T3	PA QL (1 tab/day) HD
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET	T3	PA HD
BANZEL 200 MG TABLET	T3	PA QL (16 tabs/day) HD
BANZEL 40 MG/ML SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	T3	PA QL (80ml/day) HD
BANZEL 400 MG TABLET	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
BRIVIACT	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
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i>	T1	HD
FINTEPLA	T3	PA SP HD
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	T2	PA HD
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4MG TABLET	T2	PA HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
FYCOMPA 6 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day) HD
FYCOMPA 8 MG TABLET	T2	PA HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL 12 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (8 tabs/day) HD
GABITRIL 16 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA QL (6 tabs/day) HD
GABITRIL 2 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
GABITRIL 4 MG TABLET (<i>tiagabine hcl</i>)	T3	PA HD
<i>lamotrigine</i>	T1	HD
levetiracetam	T1	HD
LYRICA (<i>pregabalin</i>)	T3	PA HD
NEURONTIN (<i>gabapentin</i>)	T3	PA HD
<i>oxcarbazepine</i>	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	PA HD
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>	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i>	T1	HD
<i>primidone 250 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>primidone 50 mg tablet</i> (Mysoline)	T1	HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA QL (80ML/DAY) HD
SPRITAM	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL (<i>epitol</i>)	T3	PA HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine er</i>)	T3	PA HD
<i>tiagabine hcl 12 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (8 tabs/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)		
<i>tiagabine hcl 16 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>tiagabine hcl 2 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>tiagabine hcl 4 mg tablet</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate</i>	T1	HD
<i>topiramate er 200 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 100 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 CAP/DAY) HD
<i>topiramate er 50 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	HD
<i>topiramate er 25 mg capsule</i> (Trokendi Xr)	T1	QL (1 CAP/DAY) HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T1	HD
<i>vigabatrin</i>	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
<i>zonisamide</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)		
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX	T3	PA QL (2 tabs/day) SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ERITROPOYESIS-AGENTES ESTIMULANTES		
PROCRIT	T4	PA SP
RETACRIT	T4	PA SP
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA SP
GRANIX	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS) (cont.)		
LEUKINE	T4	SP
NEULASTA	T4	PA SP
NEULASTA ONPRO	T4	PA SP HD
NEUPOGEN	T4	PA SP
NIVESTYM	T4	SP
NYVEPRIA	T4	PA SP
STIMUFEND	T4	PA SP
UDENYCA	T4	PA SP
ZARXIO	T4	SP HD
ZIEXTENZO	T4	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	T4	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, ORALES		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drosipir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
ELLA	T3	HD PPACA
ESTROSTEP FE (<i>tri-legest fe</i>)	T3	HD
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>drosipir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
ethynodiol d-ethinyl estradiol	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
<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>	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-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
SAFYRAL (<i>tydemy</i>)	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, ORALES (cont.)		
SEASONIQUE (<i>simpesse</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
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</i>	T1	
<i>benzonatate</i> (Tessalon Perle)	T1	
TESSALON PERLE (<i>benzonatate</i>)	T3	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T1	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.		
<i>hydrocodone/cpm/pseudoephed</i>	T1	PA
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	PA QL (480ml/22 days)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS 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)
TUXARIN ER	T3	PA QL (2 tabs/day)
TUZISTRA XR	T3	PA QL (960ml/30 days)
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN (hydromet)	T3	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/22 days)
<i>hydrocodone-homatropine 5-1.5</i>	T1	PA QL (180 tabs/30 days)
<i>hydrocodone-homatropine soln</i> (Hycodan)	T1	PA QL (480ml/30 days)
HYDROCODONE-HOMATROPINE SYRUP	T1	PA QL (480ml/30 days)
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
HYDROCODONE-GUAIFENESIN	T1	PA QL (960ml/30 days)
OBREDON	T3	PA QL (960ml/30 days)
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT	T3	
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN	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	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPTORES 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 60 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T3	PA SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
CAROSPIR SUSP	T2	PA HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPRA (<i>eplerenone</i>)	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL (30 tabs/30 days)
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T3	HD
ALDACTAZIDE (<i>spironolactone-hctz</i>)	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>)	T3	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
<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
TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)

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

ANTIISTAMÍNICOS NASALES

<i>azelastine 0.1% (137 mcg) sphy</i>	T1	HD
<i>azelastine 0.15% nasal sphy</i>	T1	HD
<i>olopatadine 665 mcg nasal sphy (Patanase)</i>	T1	HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T3	HD

COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NASALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS

<i>azelastine/fluticasone</i>	T1	HD
-------------------------------	----	----

ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NASALES

<i>flunisolide</i>	T1	HD
<i>fluticasone prop 50 mcg sphy</i>	T1	HD
<i>mometasone furoate 50 mcg sphy</i>	T1	QL (4 bots/30 days) HD

PREPARACIONES NASALES, VARIAS (CON RECETA)

<i>ipratropium bromide</i>	T1	HD
----------------------------	----	----

PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)

ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl (Adrenalin Chloride)</i>	T1	

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS

DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil (Dermotic)</i>	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	T3	
----------	----	--

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS

ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T3	
ACUVAIL	T3	
ALREX	T3	
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
BROMSITE .075%	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
EYSUVIS	T2	QL (8.3ML/14 DAYS)
FLAREX	T2	
<i>fluorometholone (Fml)</i>	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
ILEVRO	T3	
INVELTYS 1% EYE DROP	T2	
<i>ketorolac 0.4% ophth solution (Acular Ls)</i>	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution (Acular)</i>	T1	
LOTEMAX SM 0.38% OPHTH GEL	T2	
<i>loteprednol etabonate (Lotemax)</i>	T1	
OMNIPRED (<i>prednisolone acetate</i>)	T3	
<i>prednisolone acetate (Pred Forte)</i>	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 (Altafluor Benox)</i>	T1	
<i>benoxinate hcl/fluorescein sod (Altafluor Benox)</i>	T3	
<i>proparacaine hcl (Alcaine)</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	T1	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T3	
VASOCONSTRICORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
<i>apraclonidine hcl</i> (Iopidine)	T1	HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
BETIMOL	T3	HD
BETOPTIC S 0.25% DROPS	T2	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	QL (10 gm/30 days) HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN	T2	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T3	HD
<i>latanoprost</i>	T1	HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
RHOPRESSA	T3	HD
ROCKLATAN	T3	HD
SIMBRINZA	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocusose)	T1	HD
<i>travoprost</i>	T1	HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine sulfate</i>	T1	HD
<i>atropine sulfate</i> (Isopto Atropine)	T1	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolate hcl</i> (Cyclogyl)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIDRIÁTICOS (cont.)		
<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 (Mydracyl)</i>	T1	HD
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOSOL	T3	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
RESTASIS	T2	HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTADROPS	T3	PA QL (20ML/21 DAYS) SP
CYSTARAN	T3	PA QL (120ml/28 days) SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL 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 (cont.)		
FLUORIDEX	T1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (<i>sodium fluoride</i>)	T3	
PREVIDENT 5000	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (<i>sodium fluoride 5000 plus</i>)	T3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sodium fluoride/potassium nit (Prevident 5000 Sensitive)</i>	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide (Proglycem)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
BAQSIMI	T2	QL (2/30 days)
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL (2 pens/30 days)
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	T3	QL (2 pens/30 days)
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T3	
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	
<i>lanthanum carbonate</i> (Fosrenol)	T1	
LOKELMA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)		
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
PHOSLYRA	T3	
<i>sevelamer carbonate (Renvela)</i>	T1	
<i>sevelamer hcl</i>	T1	
<i>sevelamer hcl (Renagel)</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i>	T1	
<i>sps 30 gm/120 ml enema susp</i>	T3	
VELPHORO	T2	
VELTASSA	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide/iodine</i>	T1	
SSKI	T1	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
CITRANATAL BLOOM	T3	
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T1	
<i>klor-con 10 meq tablet (K-tab Er)</i>	T3	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T1	
<i>klor-con 8 meq tablet</i>	T3	
K-TAB ER	T3	
K-TAB ER (<i>potassium chloride</i>)	T3	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T3	
<i>potassium chloride (K-tab Er)</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T3	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate</i> (Urocit-k)	T1	HD
<i>potassium citrate/citric acid</i>	T1	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROCI-K (<i>potassium citrate er</i>)	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T1	HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T1	HD
VASCEPA	T2	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T3	SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
RAVICTI	T3	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i>	T1	
CUVPOSA	T3	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i> (Glycate)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
<i>propantheline bromide</i>	T1	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>	T1	
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</i> (Emend)	T1	QL (12 caps/28 days)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/28 days)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	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</i> (Diclegis)	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</i> (Emend)	T1	PA
<i>granisetron hcl</i>	T1	
<i>granisetron hcl/pf</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)		
<i>ondansetron</i>	T1	
<i>ondansetron hcl</i>	T1	
<i>ondansetron hcl/pf</i>	T1	
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T1	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T3	
SANCUSO	T3	PA QL (4 patches/30 days)
<i>scopolamine</i> (Transderm-scop)	T1	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T3	
TRANSDERM-SCOP (<i>scopolamine</i>)	T3	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T1	
VARUBI	T3	PA QL (4 tabs/28 days)
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CARAFATE (<i>sucralfate</i>)	T3	HD
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T3	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T1	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T1	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>bismuth/metronid/tetracycline</i> (Pylera)	T1	
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV (<i>symax</i>)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-belladonna)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenohytr</i>)	T3	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA INTEGRINA, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ENTYVIO	T4	PA SP HD
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T3	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i>	T1	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	T1	PPACA
CLENPIQ	T2	PPACA
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone (Amitiza)</i>	T1	
NULYTELY	T3	PPACA
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl</i>	T1	PPACA
PREPOIK	T2	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>	T1	PPACA
SUTAB	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
RECTIV	T3	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T3	HD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	QL (2 CAPS/DAY) HD
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	QL (1 CAP/DAY) HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet</i>	T1	QL (4 packets/day) HD
<i>esomeprazole dr 20 mg packet</i>	T1	QL (2 packs/day) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet</i>	T1	QL (1 packet/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 20 mg cap</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>esomeprazole sodium</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)

<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD
NEXIUM DR 2.5 MG PACKET	T2	QL (480 packs/30 days) HD
NEXIUM DR 5 MG PACKET	T2	QL (240 packs/30 days) HD
<i>omeppi 20 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeppi 40 mg-1, 100 mg capsule</i>	T1	PA QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>	T1	QL (120 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	T1	QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	QL (30 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (60 caps/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (60 packs/30 days) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 100 cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1, 680 pkt</i>	T1	PA QL (30 packs/30 days) HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension</i>	T1	QL (1 dose/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>pantoprazole sodium 40 mg vial</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sodium</i>	T1	QL (30 tabs/30 days) HD

PREPARACIONES RECTALES

<i>hydrocortisone acetate</i>	T1	
-------------------------------	----	--

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

GATTEX	T4	PA SP HD
--------	----	----------

GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

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

ANA-LEX	T1	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
<i>hydrocortisone/lidocaine/aloe</i>	T1	
<i>hydrocortisone/pramoxine (Analpram Hc)</i>	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	T1	
PROCORT	T3	
PROCTOFOAM-HC	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	T1	QL (2 KITS/180 DAYS)
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T1	

HORMONAS (Agentes hormonales)

INHIBIDORES DE ESTEROIDES ADRENALES

ISTURISA	T3	PA QL (2 TABS/DAY) SP
----------	----	-----------------------

PREP. DE ANDRÓGENOS/ESTRÓGENOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

INTRAROSA	T3	
-----------	----	--

AGENTES ANDROGÉNICOS

ANADROL-50	T3	PA
ANDRODERM	T3	PA QL (1 patch/day)
ANDROGEL 1% (25 MG/2.5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1% (50 MG/5 G) PKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROGEL 1.62% GEL PUMP (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (150gm/30 days)
ANDROGEL 1.62%(1.25G) GEL PCKT (<i>testosterone</i>)	T3	PA QL (2 packs/day)
ANDROID (<i>methyltestosterone</i>)	T3	
DEPO-TESTOSTERONE	T3	
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T3	
METHITEST	T1	
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	PA
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Testosterone)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	T1	PA QL (120 gm/30 days)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i> (Testosterone)	T1	PA QL (150gm/30 days)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL (180ml/30 days)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i>	T1	PA QL (2 tubes/day)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T1	PA QL (2 packs/day)
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-testosterone)	T1	
<i>testosterone enanthate</i>	T1	
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
<i>desmopressin</i> (nonrefrigerated)	T1	
<i>desmopressin 0.01% solution</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin 40 mcg/10 ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml vial</i> (Ddavp)	T1	SP
<i>desmopressin acetate</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb</i> (Ddavp)	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb</i> (Ddavp)	T1	
NOCTIVA	T3	PA
STIMATE	T3	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
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
DIVIGEL	T3	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 (8 patches/21 days) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
ESTROGEL	T3	HD
EVAMIST	T3	HD
FEMHRT (<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>)	T3	HD
MENEST	T3	HD
MENOSTAR	T3	QL (8 patches/28 days) HD
MINIVELLE (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5 (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol (Femhrt)</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
PREMPHASE	T2	HD
PREMPRO	T2	HD
VIVELLE-DOT (<i>Jyllana</i>)	T3	QL (16 patches/28 days) HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T3	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>budesonide (Entocort Ec)</i>	T1	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>dexamethasone</i>	T1	
EMFLAZA	T3	PA SP HD
ENTOCORT EC (<i>budesonide ec</i>)	T3	
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
LOCORT	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL (<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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phos odt</i>)	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Millipred)	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA	T4	PA SP HD
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
NORDITROPIN FLEXPRO	T4	PA SP HD
SEROSTIM	T4	PA SP
SKYTROFA	T4	PA SP
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	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	T4	PA SP HD
SYNAREL	T3	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
ORIAHNN	T2	PA QL (2 CAPSULES/DAY)
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
CETROTIDE	T4	PA SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T4	PA SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	PA SP
ORILISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL (1 tab/day)
ORILISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL (2 tabs/day)
SUP. HIPOF. AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), PUBERTAD PRECOZ CENTRAL		
FENSOLVI	T4	PA SP
LUPRON DEPOT-PED	T4	PA SP HD
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OXITÓICOS		
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
<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	T4	PA SP
<i>octreotide acetate</i>	T4	PA SP HD
<i>octreotide acetate</i> (Sandostatin)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN (<i>octreotide acetate</i>)	T4	PA SP HD
SANDOSTATIN LAR DEPOT	T4	PA SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
SIGNIFOR LAR	T4	PA SP
SOMATULINE DEPOT	T4	PA SP HD
ESTRÓGENOS VAGINALES PARA DISFUNCIÓN SEXUAL		
IMVEXXY 10 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 10 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG MAINTENANCE PAK	T3	QL (16/28 days) HD
IMVEXXY 4 MCG STARTER PACK	T3	QL (36/28 days) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
ESTRACE (<i>estradiol</i>)	T3	HD
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T1	QL (36 tabs/28 days) HD
ESTRING	T3	QL (2 rings/90 days) HD
FEMRING	T3	HD
PREMARIN	T2	HD
VAGIFEM (<i>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	T4	PA SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	PA SP
GONAL-F	T4	PA SP
GONAL-F RFF	T4	PA SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	PA SP
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10, 000 UNIT VL	T4	PA SP
CHORIONIC GONAD 12, 000 UNIT VL	T4	SP
CHORIONIC GONAD 6, 000 UNIT VL	T4	SP
NOVAREL	T4	PA SP
OVIDREL	T4	PA SP
PREGNYL	T4	PA SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE 8% GEL	T3	
ENDOMETRIN	T2	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (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	T4	PA QL (1 pen/30 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T1	HD
MIACALCIN	T2	HD
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	T4	PA QL (4 syringes/28 days) SP HD
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL (4 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML PEN INJ	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SYRINGE	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES-INHIB. DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23		
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL (1 vial/84 days) SP HD
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
ELIDEL (<i>pimecrolimus</i>)	T3	
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T3	
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T1	
<i>tacrolimus 0.1% ointment</i> (Protopic)	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
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	SP HD
CELLCEPT (mycophenolate mofetil)	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 (azathioprine)	T3	SP HD
mycophenolate mofetil (Cellcept)	T1	SP HD
mycophenolate sodium (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC (mycophenolic acid)	T3	SP HD
PROGRAF	T3	SP HD
PROGRAF (tacrolimus)	T3	SP HD
RAPAMUNE (sirolimus)	T3	SP HD
sirolimus (Rapamune)	T1	SP HD
tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
tacrolimus 1 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
tacrolimus 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS	T3	SP HD
ZORTRESS (everolimus)	T3	SP HD
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
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 RECIEVER	T2	PA QL (1 UNIT/365 DAYS)
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL (3 SENSORS/30 DAYS)
ENLITE SERTER	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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	
MOBILE LANCETS	T1	
NOVOPEN ECHO	T1	
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD 5 (GEN 5) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT	T2	QL (1 kit/365 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS	T2	QL (30 pods/30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	T2	PA QL (6 boxes/30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T1	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T1	
SEN-SERTER	T1	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
BLUNT NEEDLE	T1	
ECLIPSE NEEDLE	T1	
EMBRACE PEN NEEDLE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
FILTER NEEDLE	T1	
HYPODERMIC NEEDLE	T1	
INSUPEN PEN NEEDLE	T1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE	T1	
PEN NEEDLE	T1	
PHASEAL PROTECTOR	T1	
TERUMO SURGUARD2	T1	
VERIFINE PEN NEEDLE	T1	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	T1	
INSULIN SYRINGE	T1	
INSULIN SYRINGE U-500	T1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	T1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	T1	
MINIMED RESERVOIR	T1	
MONOJECT	T1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE	T1	
PARADIGM	T1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	T1	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

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, INFANT MASK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK	T2	QL (1 MASK/365 DAYS)
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	QL (1 unit/year)
BREATHERITE SPACER-LG CHILD MASK, SM CHLD MSK	T2	QL (1 unit/year)
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)
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)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS CONTRAIRRITANTE RUBEFIcante TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>baclofen</i>	T1	
<i>carisoprodol</i> (Soma)	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)	T1	
DANTRIUM (<i>dantrolene sodium</i>)	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)	T1	
FEXMID (<i>cyclobenzaprine hcl</i>)	T3	
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>metaxalone</i> (Skelaxin)	T1	
<i>methocarbamol</i>	T1	
<i>methocarbamol</i> (Robaxin-750)	T1	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	
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	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T3	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
OBSTETRIX EC	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
OBTREX DHA	T3	
<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+	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium (Tranxene T-tab)</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 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	
<i>oxazepam</i>	T1	
TRANXENET-TAB (<i>clorazepate dipotassium</i>)	T3	
VALIUM (<i>diazepam</i>)	T3	
XANAX (<i>alprazolam</i>)	T3	
XANAX XR (<i>alprazolam xr</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>bupirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
SPRAVATO	T3	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
<i>lithium citrate</i>	T1	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T3	QL (12 tabs/day)
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	T1	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM 12 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
EMSAM 6 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (2 patches/day)
EMSAM 9 MG/24 HOURS PATCH	T3	QL (1 patch/day)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i> (Wellbutrin Sr)	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (4 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET (<i>bupropion hcl sr</i>)	T3	QL (2 tabs/day) ST HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID	T3	PA SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 40 mg tablet</i> (Celexa)	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>escitalopram 10 mg tablet</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>escitalopram 20 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)		
<i>escitalopram 5 mg tablet</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T1	QL (20ml/day) HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	QL (4 caps/28 days) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet (Sarafem)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule (Prozac)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>fluvoxamine er 100 mg capsule</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>fluvoxamine er 150 mg capsule</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL (3 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL (12 tabs/day) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL (6 tabs/day) HD
<i>paroxetine cr 12.5 mg tablet (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
<i>SARAFEM (fluoxetine hcl)</i>	T3	ST HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	QL (10ml/day) HD
<i>sertraline hcl 100 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (2 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>sertraline hcl 50 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	T1	QL (4 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 25 mg</i>	T1	QL (16 tabs/day) HD
<i>desvenlafaxine succnt er 50 mg</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i>	T1	QL (6 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	QL (3 caps/day) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	QL (28 caps/180 days) ST HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	QL (6 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	QL (3 caps/day) ST HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST HD
venlafaxine hcl 100 mg tablet	T1	QL (3 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 25 mg tablet	T1	QL (15 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	T1	QL (10 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 50 mg tablet	T1	QL (7 tabs/day) HD
venlafaxine hcl 75 mg tablet	T1	QL (5 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (2 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 150 mg tab	T1	QL (2 tabs/day) HD
venlafaxine hcl er 225 mg tab	T1	QL (1 tab/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (8 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab	T1	QL (8 tabs/day) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)</i>	T1	QL (4 caps/day) HD
venlafaxine hcl er 75 mg tab	T1	QL (4 tabs/day) HD
SSRI Y ANTIDEPRESIVOS AGONISTAS PARCIALES DE 5HT1A		
VIIIBRYD 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	T3	ST HD
VIIIBRYD 20 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
VIIIBRYD 40 MG TABLET	T3	ST HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
TRINTELLIX 20 MG TABLET	T3	ST HD
TRINTELLIX 5 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-FENOTIAZINAS		
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
<i>clomipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl (Norpramin)</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg, 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>trimipramine maleate</i>	T1	HD
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹		
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl (Kapvay)</i>	T1	
<i>guanfacine hcl (Intuniv)</i>	T1	
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
DAYTRANA	T3	PA QL (1 patch/day)
<i>dexmethylphenidate er 10 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 15 mg cp</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>dexmethylphenidate er 20 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 25 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 30 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 35 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>dexmethylphenidate er 40 mg cp</i>	T1	PA QL (1 cap/day)

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁹ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	PA
FOCALIN (<i>dexmethylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T1	PA QL (3/day)
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i>	T1	PA QL (1 tab/day)
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	T1	PA QL (2 tabs/day)
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i>	T1	QL (1 per day)
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	PA
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	PA
<i>methylphenidate la 10 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 20 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 30 mg cap</i>	T1	PA QL (1 per day)
<i>methylphenidate la 40 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
<i>methylphenidate la 60 mg cap</i>	T1	PA QL (1 cap/day)
QUILLIVANT XR	T3	PA QL (12ml/day)
RITALIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T3	PA ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD), TIPO NRI		
<i>atomoxetine hcl 10 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 100 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 18 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 25 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 40 mg capsule</i> (Strattera)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>atomoxetine hcl 60 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD
<i>atomoxetine hcl 80 mg capsule</i> (Strattera)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
ADDYI	T3	PA QL (1 tab/day)
VYLEESI	T4	PA QL (8 injectors/30 days) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁹		
ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS		
<i>pimozide</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	
CAPLYTA	T3	ST QL(1 TABS/CAPS/DAY)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozapine Odt)	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZAPINE ODT	T1	
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
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL (4 packs/year) ST
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
<i>lurasidone hcl 120 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 20 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>lurasidone hcl 40 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 60 mg tablet</i> (Latuda)	T1	QL(1 TAB/DAY)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i> (Latuda)	T1	
<i>olanzapine</i>	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	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
<i>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
<i>ziprasidone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL (1 cap/day) ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
<i>aripiprazole</i>	T1	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<i>aripiprazole 10 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 15 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 2 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 30 mg tablet</i>	T1	
<i>aripiprazole 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day)
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, 4 MG TABLET	T3	ST
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T1	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i>	T1	PA
<i>modafinil</i>	T1	PA
SUNOSI	T2	PA QL (1 tab/day)
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ	T3	PA QL (30 pkts/30 days) SP
SODIUM OXYBATE	T3	PA QL (18 MLS/DAY) SP HD
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)
<i>tasimelteon</i>	T1	PA SP
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
DORAL	T3	
<i>estazolam</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
HALCION (<i>triazolam</i>)	T3	
<i>midazolam hcl</i>	T1	
QUAZEPAM	T1	
<i>quazepam</i> (Quazepam)	T1	
<i>temazepam</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T1	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
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	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
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	
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T1	
<i>zaleplon</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 12.5 mg tab</i>	T1	
<i>zolpidem tart er 6.25 mg tab</i>	T1	QL (1 tab/day)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE	T3	
PHYSIOSOL	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T1	
<i>sod, pot chlor/mag/sod, pot phos</i>	T3	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T1	
SORBITOL-MANNITOL	T1	
VASHE WOUND	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
IRRIGANTES (cont.)		
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	
COSENTYX	T3	PA QL SP
ILUMYA	T4	PA QL (1 syringe/84 days) SP HD
SILIQ	T4	PA QL SP
<i>methoxsalen (Oxsoralen-ultra)</i>	T1	
OXSORALEN-ULTRA (<i>methoxsalen</i>)	T3	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL (1 kit/84 days) SP HD
SOTYKTU	T3	PA QL (1 tab/day) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL (1 injector/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/28 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML INJECTOR	T4	PA QL (1 injector/56 days) SP HD
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	QL (1000gm/30 days) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ACCUTANE	T1	
AMNESTEEM	T1	
CLARAVIS	T1	
<i>isotretinoin</i>	T1	
MYORISAN	T1	
ZENATANE	T1	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i>	T1	
T1 – Habitualmente genéricos	T4 – Medicamentos de especialidad inyectables	ST – Tratamiento escalonado
T2 – Habitualmente marcas preferidas	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad
T3 – Habitualmente marcas no preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad
		HD – Puede requerir entrega a domicilio
		PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
		CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<i>dapsone</i>	T1	
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
ANTITRANSPIRANTES		
DRYSOL	T3	
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ALEVICYN PLUS	T3	
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>anthralin</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% cream</i>	T1	
CALCIPOTRIENE 0.005% FOAM	T3	
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i>	T1	QL (800gm/30 days)
<i>tazarotene</i>	T1	
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		
REGANEX	T3	PA QL (2 tubs/30 days)
EMOLIENTES		
<i>ammonium lactate</i>	T1	
ATOPICLAIR	T3	
<i>emollient combination no.35</i> (Mimyx)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T1	
<i>emollient combination no.60</i> (Restizan)	T3	
HALUCORT	T3	
HPR PLUS-MB HYDROGEL	T1	
MIMYX (<i>prumyx</i>)	T3	
RESTIZAN	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EMOLIENTES (cont.)		
<i>vite ac/grape/hyaluronic acid</i> (Atopiclair)	T1	
XCLAIR	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T1	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
QUTENZA	T3	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T2	PA QL(30 tabs/30 days) SP
QUERATOLÍTICOS		
BENZEFOAM	T3	
BENZEPRO	T1	
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Enzoclear)	T1	
<i>benzoyl peroxide</i> (Pacnex)	T1	
ENZOCLEAR	T3	
HYDRO 35	T3	
HYDRO 40 (<i>umecta</i>)	T3	
INOVA	T3	
KERAFOAM	T3	
KERALYT 6% GEL (<i>salicylic acid</i>)	T3	
<i>keralyt 6% shampoo</i>	T1	
KERALYT SCALP	T3	
KERALYT SCALP (<i>salicylic acid</i>)	T3	
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T3	
PODOCON-25	T1	
<i>podofilox</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE	T1	
<i>salicylic acid</i>	T1	
<i>salicylic acid</i>	T3	
<i>salicylic acid</i> (Keralyt Scalp)	T1	
<i>salicylic acid/ceramide comb 1</i>	T1	
SALIMEZ FORTE	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
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		
BIONECT	T3	
PHARMABASE BARRIER	T1	
<i>polydimethylsiloxanes/silicon</i>	T1	
<i>protectives2/ceramide 1, 3, 6-ii</i>	T1	
RADIAPLEXRX	T3	
<i>zinc oxide</i>	T1	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i>	T1	
<i>ivermectin</i>	T1	
<i>metronidazole</i>	T1	
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T2	
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
GORDON'S UREA	T3	
HYFTOR	T3	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES TÓPICOS, VARIOS (cont.)		
MEDIHONEY	T3	
SAF-CLENS AF	T1	
trichloroacetic acid	T3	
TRICHLOROACETIC ACID	T1	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T3	
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>scalacort</i>)	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	
AQUA GLYCOLIC HC	T3	
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i>	T1	
<i>betamethasone valerate</i> (Luxiq)	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc</i> (Diprolene)	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol propionate</i>	T1	
<i>clobetasol propionate</i> (Temovate)	T1	
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST
<i>clodan 0.05% shampoo</i>	T1	
CLODERM	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T3	ST
<i>desonide</i>	T1	
<i>desonide</i> (Desowen)	T1	
DESOWEN (<i>desonide</i>)	T3	ST
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	
DIPROLENE (<i>betamethasone diprop augmented</i>)	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-smoothe-fs)	T1	
<i>fluocinonide</i>	T1	
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>	T1	
<i>fluticasone propionate</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol propionate</i> (Ultravate)	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-scalp)	T1	
<i>hydrocortisone butyrate</i>	T1	
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
LUXIQ (<i>betamethasone valerate</i>)	T3	ST
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
NUCORT	T3	ST
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T3	ST
SYNALARTS	T3	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T3	ST
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT (<i>desoximetasone</i>)	T3	ST
ULTRAVATE (<i>halobetasol propionate</i>)	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC	T3	
EPIFOAM	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)		
<i>hydrocortisone/pramoxine</i> (Pramosone)	T1	
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
MEZPAROX-HC	T1	
PRAMOSONE	T3	
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion</i> (Ovide)	T1	
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>	T1	
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL (60gm/30 days)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene</i> (Plixda)	T1	PA
PLIXDA	T1	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.025% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i>	T1	
<i>tretinoin 0.05% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i>	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i>	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i>	T1	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁹

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)

NICOTROL	T3	PPACA
NICOTROL NS	T3	PPACA

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA

CHANTIX	T3	
---------	----	--

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 (Tapazole)</i>	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	PA HD
<i>levothyroxine 100 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 112 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 125 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 137 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 150 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 175 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 200 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 25 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 300 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 50 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 75 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine 88 mcg tablet (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T3	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T1	HD
SYNTHROID (<i>unithroid</i>)	T3	HD
<i>thyroid, pork</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork (Armour Thyroid)</i>	T1	HD
<i>thyroid, pork (Wp Thyroid)</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS TIROIDEAS (cont.)		
THYROLAR-1	T3	HD
THYROLAR-1/2	T3	HD
THYROLAR-1/4	T3	HD
THYROLAR-2	T3	HD
THYROLAR-3	T3	HD
TIROSINT	T3	PA HD
TIROSINT-SOL	T3	PA HD
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 100-50-75 MG/150 MG	T3	PA QL (3 tabs/day) SP HD
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP HD
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	T3	PA QL (3 TABS/DAY) HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T3	PA QL (3 TABS/DAY) SP HD
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. 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

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Habitualmente marcas preferidas

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T3	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T2	PA SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA	T3	PA QL (
VIJOICE 125mg,50mg	T3	PA QL (30tabs/30days) SP
VIJOICE 250mg dose pack	T3	PA QL (2 tabs/30days) SP
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		
<i>icatibant acetate</i>	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
BERINERT	T4	PA SP HD
CINRYZE	T4	PA SP HD
HAEGARDA	T4	PA SP HD
RUCONEST	T4	PA SP HD
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
KALBITOR	T4	PA SP HD
ORLADEYO	T4	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 (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX (<i>periogard</i>)	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate</i>	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
CAVERJECT	T3	PA QL (6 injectors/30 days)
CIALIS 10 MG TABLET (<i>tadalafil</i>)	T3	QL (6 tabs/30 days) ST
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>varденаfil hcl</i>)	T3	QL (10 tabs/30 days) ST
MUSE	T3	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>varденаfil hcl</i>	T1	QL (10 tabs/30 days)
<i>varденаfil 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>	T1	SP
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
MUGARD	T3	
ORAMAGICRX	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T3	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO	T4	PA QL (3ML/21 DAYS) SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	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> (Keveyis)	T1	PA SP
INHIBIDORES DE AMONÍACO		
CARBAGLU	T3	SP HD
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
ANTABUSE (<i>disulfiram</i>)	T3	
<i>disulfiram</i> (Antabuse)	T1	
ANTÍDOTOS, VARIOS		
CETYLEV	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267 mg capsule</i> (Esbriet)	T1	PA SP HD
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
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	
nebusal 3% vial	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		
<i>paroxetine mesylate</i>	T1	QL(1 CAP/DAY) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	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	
<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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T3	PA SP
GALZIN	T3	
JADENU (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
JADENU SPRINKLE (<i>deferasirox</i>)	T3	PA SP HD
RADIOGARDASE	T3	
<i>trientine hcl</i>	T1	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
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		
<i>javygtor 100 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>javygtor 100 mg tablet</i> (Kuvan)	T1	PA SP HD
<i>javygtor 500 mg powder packet</i> (Kuvan)	T1	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	T1	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T3	PA QL (1 cap/day) SP HD
VYNDAQEL	T3	PA QL (4 caps/day) SP HD
SOLVENTES		
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T1	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
CYSTADANE	T3	SP
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T1	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T1	
<i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)	T1	
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	PA QL(1 PEN/28 DAYS) SP HD
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

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

INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA

ACTONEL (<i>risedronate sodium</i>)	T3	ST HD
<i>alendronate sodium</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium (Fosamax)</i>	T1	HD
ATELVIA (<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 (Boniva)</i>	T1	HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium (Actonel)</i>	T1	HD
<i>risedronate sodium (Atelvia)</i>	T1	HD

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1

ARCALYST	T4	PA SP HD
----------	----	----------

ANTIINFLAMATORIOS, BETABLOQUEANTES DE INTERLEUCINA-1

ILARIS	T4	PA SP HD
--------	----	----------

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

SAVELLA	T3	HD
---------	----	----

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

BENLYSTA	T4	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	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)</i>	T1	
SUBOXONE (<i>buprenorphine-naloxone</i>)	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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.)		
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
<i>AVODART</i> (<i>dutasteride</i>)	T3	HD
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T1	HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T1	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T3	HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T3	HD
RAPAFLO 4 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	QL (1 cap/day) HD
RAPAFLO 8 MG CAPSULE (<i>silodosin</i>)	T3	HD
<i>silodosin 4 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>silodosin 8 mg capsule</i> (Rapaflo)	T1	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
UROXATRAL (<i>alfuzosin hcl er</i>)	T3	HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T1	HD
JALYN (<i>dutasteride-tamsulosin</i>)	T3	HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T2	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
<i>solifenacin 10 mg tablet</i>	T1	HD
<i>solifenacin 5 mg tablet</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
THIOLA	T3	SP
THIOLA EC	T3	SP
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</i>	T1	QL (1 tab/day) HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml solution</i>	T1	HD
<i>oxybutynin 5 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
<i>tolterodine tart er 2 mg cap</i>	T1	QL (1 cap/day) HD
<i>tolterodine tart er 4 mg cap</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol acetate</i>	T1	
VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>folic acid</i>	T1	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CITRANATAL MEDLEY	T3	
CONCEPT DHA CAPSULE	T3	
FOLET ONE	T3	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
OBSTETRIX ONE	T1	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
POTABA	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T1	
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>)	T3	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

T4 – Medicamentos de especialidad inyectables

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

- medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son médicamente necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad,¹¹ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Índice de medicamentos

A

abacavir/lamivudine/zidovudine.....	58	AEMCOLO.....	35
abacavir sulfate.....	58	AEROCHAMBER.....	111
abacavir sulfate/lamivudine.....	58	AEROTRACH.....	111
abiraterone.....	48	AEROVENT.....	111
ACAM2000.....	66	AFINITOR.....	50
acamprosate calcium.....	135	AFLURIA.....	64, 65
acarbose.....	42	AFLURIA QUAD.....	64, 65
ACCOLATE.....	29	AGRYLIN.....	57
ACCUTANE.....	124	AIMOVIG.....	15, 19
ACD-A.....	37	AJOVY.....	15, 19
ACD SOLUTION A.....	37	AKTEN.....	91
ACE AEROSOL.....	111	AKYNZEO.....	97
acebutolol hcl.....	74	ALA-SCALP.....	128
ACETAMIN-CAFF-DIHYDROCODEINE.....	21	albendazole.....	45
acetamin-codain.....	20	ALBENZA.....	45
acetaminop-codeine.....	20	albuterol.....	27, 28
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	21	albuterol sulf.....	27
acetaminophen-cod.....	20, 21	albuterol sulfate.....	27, 28
acetazolamide.....	88	ALBUTEROL SULFATE HFA.....	28
acetic acid.....	45, 90, 123	ALCAINE.....	91
acetic acid/oxyquinoline.....	45	alclometasone dipropionate.....	128
acetylcysteine.....	29	ALDACTAZIDE.....	89
acitretin.....	124	ALECENSA.....	50
ACTEMRA.....	108	alendronate.....	138
ACTHIB.....	66	ALEVICYN PLUS.....	125
ACTIGALL.....	99	alfuzosin hcl.....	139
ACTIMMUNE.....	53	ALINIA.....	54
ACTIQ.....	21	aliskiren.....	75
ACTIVELLA.....	103	ALKERAN.....	48
ACTONEL.....	138	allopurinol.....	25
ACTOPLUS MET.....	43	almotriptan malate.....	15, 19
ACTOS.....	44	ALORA.....	103
ACULAR.....	90	alose tron hcl.....	100
ACUVAIL.....	90	alprazolam.....	114
acyclovir.....	60	ALREX.....	90
ADACEL TDAP.....	66	ALTABAX.....	128
ADALAT CC.....	69	ALTAFLUOR BENOX.....	91
ADALIMUMAB-ADAZ.....	47	ALTUVIIIIO.....	67
adapalene.....	124, 130	ALUNBRIG.....	50
adapalene/benzoyl peroxide.....	124	amantadine.....	55
ADBRY.....	39	AMARYL.....	43
ADDERALL.....	63	ambrisentan.....	71
ADDYI.....	120	amcinonide.....	128
adefovir dipivoxil.....	61	AMICAR.....	67
ADEMPAS.....	71	amiloride hcl.....	89
ADIPEX-P.....	54	amiloride/hydrochlorothiazide.....	89
ADRENALIN CHLORIDE.....	90	aminocaproic acid.....	67
ADVANCED DNA MEDICATED COLLECT.....	87	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	118
		amitriptyline hcl.....	118

Índice de medicamentos

amlodipine-atorvast.....	76, 77	asenapine maleate.....	120, 121
amlodipine besylate.....	69, 70, 71, 73	ASMANEX HFA/TWISTHALER.....	28
amlodipine-olmesartan.....	73	aspirin/dipyridamole.....	57
amlodipine/valsartan/hcthiazyd.....	72	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	111
ammonium lactate.....	125	ASTAGRAF XL.....	109
AMNESTEEM.....	124	ASTRINGYN.....	67
amoxapine.....	118	ATABEX EC.....	113
amoxicillin.....	35, 45	atazanavir sulfate.....	59
amphetamine sulfate.....	63	ATELVIA.....	138
ampicillin trihydrate.....	35	atenolol.....	74, 75
ANADROL-50.....	102	atomoxetine hcl.....	119
anagrelide hcl.....	57	ATOPICLAIR.....	125
ANA-LEX.....	101	atorvastatin.....	76, 77
ANALPRAM HC.....	101, 129	atropine sulfate.....	92, 93
ANAPROX DS.....	26	ATROVENT HFA.....	27
anastrozole.....	49	AURYXIA.....	94
ANCOBON.....	40	AUSTEDO.....	79
ANDRODERM.....	102	AVANDIA.....	44
ANDROGEL.....	102	avar.....	37
ANDROID.....	102	AVAR.....	37
ANGELIQ.....	104	AVC.....	45
ANNOVERA.....	84	AVELOX.....	35
ANTABUSE.....	135	AVITENE.....	67, 68
anthralin.....	125	AVODART.....	139
ANZEMET.....	97	AVONEX.....	80
APADAZ.....	21	AVSOLA.....	47
APOKYN.....	55	AYGESTIN.....	106
apraclonidine hcl.....	92	AYVAKIT.....	50
aprepitant.....	97	AZASAN.....	109
APRETUDE.....	59	AZASITE.....	30
APRISO.....	99	azathioprine.....	109
APTIOM.....	81	azelaic acid.....	127
APTIVUS.....	57	azelastine.....	42, 90
AQUA GLYCOLIC HC.....	128	azelastine hcl.....	42
ARAVA.....	25	AZILECT.....	55
ARCALYST.....	138	azithromycin.....	33, 34
ARICEPT.....	62	B	
ARIDOL.....	87	BACIGUENT.....	30
ARIKAYCE.....	31	bacitracin.....	30
ARIMIDEX.....	49	bacitracin/polymyxin b sulfate.....	30
aripiprazole.....	121	baclufen.....	113
ARIXTRA.....	38	BACTRIM.....	31
armodafinil.....	122	BAFIERTAM.....	80
ARMOUR THYROID.....	131	balsalazide disodium.....	99
AROMASIN.....	49	BALVERSA.....	50
ARTHROTEC.....	26	BANZEL.....	81
ARTISS.....	127	BAQSIMI.....	93, 94
ARYMO ER.....	22	BARACLUDE.....	61

Índice de medicamentos

BASAGLAR.....	44	bosentan.....	71
BAXDELA.....	35	BOSULIF.....	50
BELBUCA.....	22	BRAFTOVI.....	49
BELVIQ.....	54	BREATHERITE.....	111, 112
BELVIQ XR.....	54	BREZTRI AEROSPHERE.....	28
benazepril hcl.....	73	BRILINTA.....	57
benazepril/hydrochlorothiazide.....	72	brimonidine tartrate.....	92
BENLYSTA.....	138	brinzolamide.....	92
benoxinate hcl/fluorescein sod.....	91	BRIVIACT.....	81
BENZAMYCIN.....	36	bromfenac sodium.....	90
BENZEFOAM.....	126	bromocriptine mesylate.....	55, 56
BENZEPRO.....	126	brompheniramine/pseudoephed/dm.....	86
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21	BROMSITE.....	90
BENZNIDAZOLE.....	46	BRONCHITOL.....	132
benzonatate.....	86	BRUKINSA.....	51
benzoyl peroxide.....	36, 37, 124, 126	BRYHALI.....	128
benzphetamine.....	54	budesonide.....	28, 29, 102, 104
benztropine mesylate.....	55	bumetanide.....	88
BERINERT.....	133	BUNAVAIL.....	138
BETADINE.....	90	BUPHENYL.....	96
betamethasone dipropionate.....	128	buprenorphine.....	22, 138
betamethasone/propylene glyc.....	128	bupropion.....	115, 131
betamethasone valerate.....	128, 129	bupropion hcl sr.....	115, 131
BETASERON.....	80	buspirone hcl.....	115
betaxolol hcl.....	75, 92	butalb-acetamin-caff.....	19
bethanechol chloride.....	63	butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15
BETIMOL.....	92	butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15
BETOPTIC S.....	92	butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19
BEVYXXA.....	38	butalb-aspirin-caffe.....	19
bexarotene.....	48	butalb-aspirin-caffe 50-325-40.....	15
BEXSERO.....	64	butalbit/acetamin/caff/codeine.....	23
bicalutamide.....	48	butalbital/acetaminophen.....	15, 19
BIDIL.....	75	butalbital-asa-caffeine.....	19
BIJUVA.....	103	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15
BIKTARVY.....	59	butorphanol.....	22
BILTRICIDE.....	45	BUTRANS.....	22
bimatoprost.....	92	BYDUREON.....	42
BINOSTO.....	138	BYETTA.....	42
BIONECT.....	127	BYNFEZIA.....	106
bisac/nacl/naHco3/kcl/peg 3350.....	100	C	
bismuth/metronid/tetracycline.....	98	CABENUVA.....	57
bisoprolol fumarate.....	75	cabergoline.....	106
bisoprolol/hydrochlorothiazide.....	75	CABLIVI.....	67
BLEPH-10.....	30	CABOMETYX.....	51
BLEPHAMIDE.....	30	CADUET.....	76, 77
BONIVA.....	138	CAFERGOT.....	15, 19
BONJESTA.....	97	caffeine citrate.....	79
BOOSTRIX TDAP.....	66	CALAN SR.....	69
		calcipotriene.....	125, 130

Índice de medicamentos

CALCIPOTRIENE.....	125	CELEBREX.....	27
calcipotriene/betamethasone.....	130	celecoxib.....	27
calcitonin, salmon, synthetic.....	108	CELLCEPT.....	109
calcitriol.....	125, 140	CELONTIN.....	81
calcium acetate.....	94	CENTANY.....	36
CALQUENCE.....	51	cephalexin.....	33
CAMZYOS.....	69	CEQR.....	109
CANASA.....	99	CERDELGA.....	136
candesartan cilexetil.....	74	CERVIDIL.....	106
candesartan/hydrochlorothiazid.....	73	cetirizine hcl.....	41
capecitabine.....	48, 49	CETROTIDE.....	105
CAPEX.....	128	CETYLEV.....	135
CAPLYTA.....	120	cevimeline hcl.....	63
CAPRELSA.....	51	CHANTIX.....	131
captopril.....	72, 73	CHEMET.....	136
captopril-hctz.....	72	CHENODAL.....	99
CARAFATE.....	98	chlordiazepoxide/clidinium br.....	96
CARBAGLU.....	135	chlordiazepoxide hcl.....	114
carbamazepine.....	81, 82	chlorhexidine gluconate.....	133
CARBATROL.....	81	chloroquine ph.....	46
carbidopa.....	55, 56, 57	chlorpromazine hcl.....	122
carbidopa/levodopa.....	55	chlorpropamide.....	43
carbidopa/levodopa/entacapone.....	55	chlorthalidone.....	75, 89
carbinoxamine maleate.....	41	chlorzoxazone.....	113
CARDIZEM LA.....	69	CHOLBAM.....	99
CARDURA.....	72	cholestyramine.....	78
CARDURA XL.....	72	cholestyramine/aspartame.....	78
carisoprodol.....	23, 113	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
carisoprodol/aspirin.....	23, 113	CHORIONIC GONAD.....	107
carisoprodol/aspirin/codeine.....	23	CIALIS.....	134
CAROSPIR.....	89	CIBINQO.....	126
carteolol hcl.....	92	ciclodan.....	40
carvedilol.....	72	CICLODAN.....	40, 46
carvedilol er.....	72	ciclopirox.....	40, 41, 46
CASODEX.....	48	cilostazol.....	57
CATAPRES.....	74	CIMDUO.....	58
CATAPRES-TTS.....	74	cimetidine hcl.....	99
CAVERJECT.....	134	CIMZIA.....	47
CAYA CONTOURED.....	86	cinacalcet hcl.....	134
CAYSTON.....	33	CINRYZE.....	133
cefaclor.....	33	CIPRO.....	35
cefadroxil.....	33	CIPRODEX.....	30
cefdinir.....	33	ciprofloxacin.....	29, 30, 35
cefditoren pivoxil.....	33	ciprofloxacin hcl.....	29, 30
cefixime.....	33	CIPROFLOXACIN HCL-FLUOCINOLONE.....	30
cefpodoxime proxetil.....	33	citalopram hbr.....	115
cefprozil.....	33	CITRANATAL.....	95, 113
ceftriaxone.....	33	CITRANATAL BLOOM.....	95
cefuroxime axetil.....	33	CITRANATAL MEDLEY.....	140

Índice de medicamentos

CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	37	COMPAZINE	97
CLARAVIS	124	COMPLERA	59
CLARINEX-D	41	COMTAN	55
clarithromycin	34	CONCEPT	140
clemastine fumarate	41	CONCEPT DHA CAPSULE	140
CLENPIQ	100	CONTRAVE	54
CLEOCIN	33, 36	COPIKTRA	51
CLEVER CHOICE	112	COREG	72
CLIMARA	103	COREG CR	72
CLINDACIN	36	coremino er	35
clindamycin hcl	33	CORLANOR	70
clindamycin palmitate hcl	33	CORTEF	104
clindamycin phos/benzoyl perox	124	CORTENEMA	102
clindamycin phosphate	36, 37	cortisone acetate	104
clindamycin/tretinoin	124	CORTISPORIN	36
clobazam	80, 81	COSENTYX	124
clobetasol propionate	128, 129	COTELLIC	49
CLOCORTOLONE PIVALATE	128	CRESEMBA	40
clodan	128	CRINONE	106, 107
CLODAN	128	cromolyn	24, 29, 91
CLODERM	128	crotamiton	54
clomiphene citrate	107	CUROSURF	132
clomipramine hcl	118	CUVPOSA	96
clonazepam	80, 81	cyanocobalamin	140
clonidine	74, 118	cyclobenzaprine hcl	113
clopidogrel bisulfate	57	CYCLOGYL	92
clorazepate dipotassium	114	CYCLOMYDRIL	92
clotrimazole	40	cyclopentolate hcl	92
clotrimazole/betamethasone dip	40	cyclophosphamide	48
clozapine	120	cycloserine	32
CLOZAPINE ODT	120	CYCLOSERINE	32
COARTEM	46	CYCLOSET	42
codeine/butalbital/asa/caffein	23	cyclosporine	109
codeine sulfate	22	CYLTEZO	47
colchicine	25, 27	cyproheptadine	41
COLCHICINE	25	CYSTADANE	137
COLCRYS	25	CYSTADROPS	93
colesevelam hcl	78	CYSTAGON	139
COLESTID	78	CYSTARAN	93
colestipol hcl	78	CYSTO-CONRAY II	88
COMBIGAN	92	CYSTOGRAFIN	88
COMBIPATCH	103	CYTOMEL	131
COMBIVENT RESPIMAT	28	CYTOTEC	98
COMETRIQ	51	D	
COMFORT PAC	25, 113	dalfampridine	80
COMFORT PAC-IBUPROFEN	25	DALIRESP	29
COMFORT PAC-MELOXICAM	25	danazol	106
COMFORT PAC-NAPROXEN	25	DANTRIUM	113
COMPACT SPACE CHAMBER	112	dantrolene sodium	113

Índice de medicamentos

dapsone.....	32, 125	DIASTAT	80
DAPTACEL DTAP	66	diatrizoate meglumine	88
DARAPRIM	46	diazepam	80, 114
darifenacin	139	diazoxide	93, 94
DAURISMO	49	DIBENZYLIN.....	63
DAXBIA	33	dichlorphenamide	135
DAYPRO	26	DICLEGIS.....	97
DAYTRANA	118	diclofenac.....	20, 26, 91, 124
DAYVIGO	123	dicloxacillin sodium	35
deferasirox.....	136, 137	dicyclomine hcl.....	97
deferiprone.....	136	diethylpropion	54
DELSTRIGO	59	DIFICID.....	34
demeclocycline.....	35	diflunisal	15, 19
DEMSEER.....	74	digoxin	70
DEPAKOTE.....	81	dihydroergotamine	15, 19
DEPAKOTE ER.....	81	DILANTIN.....	81
DEPEN.....	24	DILATRATE-SR	70
DEPO-ESTRADIOL	103	DILAUDID	22
DEPO-PROVERA	84, 106	diltiazem	69
DEPO-SUBQ PROVERA	84	diltiazem hcl	69
DEPO-TESTOSTERONE	102	dimethyl fumarate	80
DERMA-SMOOTHIE-FS	128	dimethyl sulfoxide	136
DERMATOP	128	diphenoxylate hcl/atropine	97
dermazene	130	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	66
DERMAZENE.....	130	DIPROLENE	128
DERMOTIC	90	dipyridamole.....	57
DESCOVY	58	DISALCID	24
desflurane	23, 24	disopyramide phosphate.....	68
desipramine hcl	118	disulfiram	135
desloratadine	41	DIURIL.....	89
desmopressin	103	divalproex sodium	81
desogestrel-ethinyl estradiol	84	DIVIGEL	103
desonide.....	128	dofetilide.....	68
DESOWEN.....	128	DOJOLVI	93
desoximetasone	128, 129	donepezil hcl.....	62
desvenlafaxine succnt er.....	117	DOPTELET	84
dexamethasone	30, 91, 104	DORAL.....	122
dexamethasone sodium phosphate.....	91	dorzolamide hcl	92
DEXCOM	109	dorzolamide hcl/timolol maleat	92
DEXCOM G7.....	109	dorzolamide/timolol/pf	92
dexlansoprazole	100	DOVATO	57
dexmethylphenidate er	118	doxazosin mesylate	72
dexmethylphenidate hcl.....	119	doxepin	118, 123
dextroamp-amphet er.....	63	doxercalciferol	135
dextroamphetamine/amphetamine.....	63	doxycycline	35, 36, 134
dextroamphetamine er.....	63	doxycycline hyclate.....	35, 134
dextroamphetamine sulfate	63	doxylamine succinate/vit b6	97
DIACOMIT	81	DRISDOL	140
		dronabinol.....	97

Índice de medicamentos

drospir/eth estra/levomefol ca.....	84	ENDO-AVITENE.....	67
DROXIA.....	67	ENDOMETRIN.....	107
droxidopa.....	63	ENGERIX-B ADULT.....	66
DRYSOL.....	125	ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	66
DUAVEE.....	104	ENHERTU.....	53
DUETACT.....	43	ENLITE SERTER.....	109
DULERA.....	28	enoxaparin.....	38, 39
duloxetine hcl dr.....	117	ENSPRYNG.....	108
DUOPA.....	55	entacapone.....	55, 56
DUPIXENT.....	108	entecavir.....	61
DURAGESIC.....	22	ENTERO.....	87
dutasteride.....	139	ENTOCORT EC.....	104
DYAZIDE.....	89	ENTRESTO.....	72
DYRENIUM.....	89	ENTYVIO.....	100
E		ENVARBUS.....	109
EASIVENT.....	112	ENZOCLEAR.....	126
EC-NAPROSYN.....	26	EPANED.....	73
econazole nitrate.....	40	EPCLUSA.....	61
ECOZA.....	40	EPIDIOLEX.....	81
EDEX.....	134	EPIFOAM.....	129
EDURANT.....	58	epinastine hcl.....	42
efavirenz.....	58, 59	epinephrine.....	62, 90
effer-k.....	95	EPIVIR HBV.....	61
EFFER-K.....	95	eplerenone.....	89
EFFIENT.....	57	eprosartan mesylate.....	74
EFUDEX.....	53	EQUETRO.....	115
EGRIFTA.....	105	ergocalciferol.....	140
ELESTRIN.....	103	ergoloid mesylates.....	75
eletriptan hydrobromide.....	15, 19	ergotamine tartrate/caffeine.....	15, 19
ELIDEL.....	108	ERIVEDGE.....	49
ELIMITE.....	54	ERLEADA.....	48
ELIQUIS.....	38	erlotinib.....	51
ELLA.....	84	ERYPED.....	34
ELMIRON.....	23	ERY-TAB.....	34
EMBRACE.....	110	erythromycin.....	30, 34, 36, 37
EMCYT.....	53	escitalopram.....	115, 116
EMEND.....	97	ESGIC.....	15, 19
EMFLAZA.....	104	esomeprazole dr.....	100
EMGALITY.....	15, 19, 80	esomeprazole mag dr.....	100
emollient combination.....	125	esomeprazole sodium.....	100
EMSAM.....	115	estazolam.....	122
emtricitabine.....	58	ESTRACE.....	103, 107
emtricitabine-tenofv.....	58	estradiol.....	84, 85, 86, 103, 104, 107
EMTRIVA.....	58	ESTRING.....	107
EMVERM.....	45	ESTROGEL.....	104
enalapril/hydrochlorothiazide.....	72	estrogen, ester/me-testosterone.....	103
enalapril maleate.....	73	ESTROSTEP FE.....	84
ENBREL.....	47	eszopiclone.....	123
ENDARI.....	67	ethambutol hcl.....	32

Índice de medicamentos

ethinyl estradiol/drospirenone.....	84, 85	FETZIMA.....	117
ethosuximide.....	81, 83	FEXMID.....	113
ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	85	FIASP.....	44, 110
etodolac.....	26	FIBRICOR.....	78
etonogestrel/ethinyl estradiol.....	84	finasteride.....	139
etoposide.....	53	FINTEPLA.....	81
EURAX.....	54	FIORICET.....	15, 23
EVAMIST.....	104	FIORINAL.....	15, 19, 23
EVEKEO.....	63	FIORINAL WITH CODEINE #3.....	23
everolimus.....	50, 109	FIRDAPSE.....	80
EVICEL.....	67	FIRMAGON.....	50
EVISTA.....	138	FIRVANQ.....	36
EVOCLIN.....	37	FLAGYL.....	31
EVOTAZ.....	59	FLAREX.....	91
EVOXAC.....	63	flavoxate hcl.....	139
EVRYSDI.....	136	FLEXICHAMBER.....	112
EXELON.....	62	FLOMAX.....	139
exemestane.....	49	FLOVENT.....	29
EXJADE.....	136	FLUAD.....	65
EXKIVITY.....	51	FLUAD QUAD.....	65
EXODERM.....	40	FLUARIX QUAD.....	65
EYSUVIS.....	91	FLUBLOK.....	65
E-Z.....	87, 88, 112	FLUBLOK QUAD.....	65
ezetimibe.....	76, 78	FLUCELVAX QUAD.....	65
ezetimibe/simvastatin.....	76	fluconazole.....	40
EZ FLU.....	65	flucytosine.....	40
F		fludrocortisone acetate.....	105
FACTIVE.....	35	FLULAVAL QUAD.....	65
famciclovir.....	60	FLUMADINE.....	60
famotidine.....	99	FLUMIST QUAD.....	65
FANAPT.....	120	flunisolide.....	90
FARESTON.....	53	fluocinolone acetonide.....	90, 128, 129
FARXIGA.....	42	fluocinolone/shower cap.....	129
FARYDAK.....	48	fluocinonide.....	129
febuxostat.....	25	fluorescein sodium.....	87
felbamate.....	81	FLUORIDEX.....	93
FELDENE.....	26	fluorometholone.....	91
felodipine.....	69	FLUOROPLEX.....	53
FEMARA.....	49, 50	fluorouracil.....	53
FEMCAP.....	86	fluoxetine.....	116, 122
FEMHRT.....	104	fluphenazine hcl.....	122
FEMRING.....	107	flurbiprofen.....	26, 91
fenofibrate.....	78	flutamide.....	48
fenofibric acid.....	78	fluticasone.....	28, 90, 129
fenoprofen.....	26	fluticasone propion/salmeterol.....	28
FENSOLVI.....	105	FLUTICASONE-SALMETEROL.....	28
fentanyl.....	21, 22	fluvastatin sodium.....	76
FENTANYL.....	22	FLUVIRIN.....	65
FERRIPROX.....	136, 137	fluvoxamine er.....	116

Índice de medicamentos

fluvoxamine maleate.....	116	GENVOYA.....	59
FLUZONE.....	65, 66	GILOTRIF.....	51
FLUZONE QUAD.....	66	glatiramer.....	80
FOCALIN.....	119	glatiramer acetate.....	80
FOLET ONE.....	140	glatopa.....	80
folic acid.....	140	GLEEVEC.....	51
FOLLISTIM AQ.....	107	GLEOSTINE.....	48
fondaparinux.....	38	glimepiride.....	43
FORTEO.....	135	glipizide.....	43
FOSAMAX.....	138	GLUCAGEN.....	87
FOSAMAX PLUS D.....	138	glucagon.....	94
fosamprenavir calcium.....	59	GLUCAGON.....	94
fosaprepitant dimeglumine.....	97	GLUCOCOM AUTOLINK.....	110
fosfomycin tromethamine.....	32	GLUCOPHAGE XR.....	43
fosinopril/hydrochlorothiazide.....	72	GLUCOTROL.....	43
fosinopril sodium.....	73	GLUCOTROL XL.....	43
FRAGMIN.....	38	glyburide.....	43, 44
FREESTYLE LIBRE.....	110	GLYCATÉ.....	96
frovatriptan succinate.....	19	glycine urologic solution.....	46
ful-glo.....	87	glycopyrrolate.....	96
FUL-GLO.....	87	GLYNASE.....	43
FULPHILA.....	83	GLYSET.....	42
FURADANTIN.....	34	GLYXAMBI.....	43
furosemide.....	88	GONAL-F.....	107
FUZEON.....	58	GORDON'S UREA.....	127
FYCOMPA.....	81, 82	granisetron hcl.....	97
G		GRANIX.....	83
gabapentin.....	82	GRASTEK.....	64
GABITRIL.....	82	griseofulvin.....	40
GALAFOLD.....	137	GRIS-PEG.....	40
galantamine er.....	62	GUAIACOL.....	125
galantamine hbr.....	62	guanfacine hcl.....	74, 118
GALZIN.....	137	guanidine hcl.....	63
ganirelix acet.....	105	GUARDIAN.....	110
GANIRELIX ACET.....	105	GUARDIAN RT.....	110
GARDASIL 9.....	66	GYNAZOLE 1.....	39
GASTROCROM.....	24	H	
GASTROGRAFIN.....	88	HADLIMA.....	47
GASTROMARK.....	88	HAEGARDA.....	133
gatifloxacin.....	30	HALCION.....	123
GATTEX.....	101	halobetasol.....	129
GAVRETO.....	51	halobetasol propionate.....	129
gelatin sponge, absorb/porcine.....	67	haloperidol.....	122
GELFILM.....	91	HALUCORT.....	125
GELFOAM.....	67	HARVONI.....	61
gemfibrozil.....	78	HEMLIBRA.....	67
GENERESS FE.....	85	heparin.....	38
GENOTROPIN.....	105	HEPLISAV-B.....	67
gentamicin.....	30, 31, 37	HETLIOZ.....	122

Índice de medicamentos

HIBERIX	66	IDHIFA.....	53
HIPREX.....	32	IFE.....	134
homatropine hbr.....	93	ILARIS.....	138
HPR PLUS-MB HYDROGEL	125	ILEVRO.....	91
HUMALOG	44, 110	ILUMYA.....	124
HUMAPEN	110	imatinib mesylate	51
HUMIRA	47	IMBRUVICA	51
HUMULIN R.....	45	IMCIVREE.....	54
HYCAMTIN.....	50	imipramine pamoate.....	118
HYCODAN	87	imiquimod	126
hydralazine hcl.....	74	IMPAVIDO	46
HYDREA.....	48	IMURAN	109
HYDRO 35	126	IMVEXXY	106
HYDRO 40	126	INBRIJA.....	55
hydrochlorothiazide.....	72, 73, 74, 75, 89	INCRELEX.....	105
hydrocodone/acetaminophen.....	21	INCRUSE ELLIPTA	27
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN.....	21	indapamide.....	89
hydrocodone bitartrate.....	22, 23	INDICLOR.....	88
hydrocodone bit/homatrop me-br.....	87	indomethacin.....	26
hydrocodone/chlorphen p-stirex.....	87	INFANRIX DTAP.....	66
hydrocodone/cpm/pseudoephed.....	86	INFASURF	132
HYDROCODONE-GUAIFENESIN.....	87	INFLECTRA.....	47
hydrocodone-homatropine.....	87	INGREZZA.....	79
HYDROCODONE-HOMATROPINE.....	87	INLYTA	51
hydrocodone/ibuprofen.....	21	INNOPRAN XL.....	75
hydrocortisone.....	90, 101, 102, 104, 129, 130	INOVA	126
hydrocortisone acetate	101	INPEN	110
hydrocortisone/acetic acid	90	INQOVI.....	48
hydrocortisone/lidocaine/aloe.....	101	INREBIC.....	51
hydrocortisone/pramoxine.....	101, 130	INSPIRACHAMBER.....	112
hydrogen peroxide.....	124	INSPRA	89
hydromorphone.....	22	INSULIN SYRINGE.....	111
hydroxychloroquine sulfate	46	INSUPEN.....	111
hydroxyurea	48	INTRAROSA	102
hydroxyzine hcl.....	41	INVEGA ER.....	120
hydroxyzine pamoate	41	INVELTYS.....	91
HYFTOR.....	127	INVIRASE.....	59
HYPER-SAL	136	iodine/potassium iodide	130
HYRIMOZ.....	47	iodine/sodium iodide	130
HYSINGLA ER	22	IODOFLEX	130
I		IODOSORB	130
ibandronate sodium	138	IPOL.....	64
IBRANCE.....	51	ipratropium bromide	27, 90
IBUDONE	21	irbesartan.....	73, 74
ibuprofen.....	21, 26	irbesartan/hydrochlorothiazide	73
ibuprofen/oxycodone	21	IRESSA.....	51
icatibant acetate.....	133	ISENTRESS.....	59
ICLUSIG.....	51	isoflurane	23, 24
icosapent ethyl.....	96	isomethept/dichlphn/acetaminop	19

Índice de medicamentos

isomethepten/caf/acetaminophen.....	19	KOSELUGO.....	49
isoniazid.....	32	K-PHOS.....	96
isopropyl alcohol.....	137	KRINTAFEL.....	46
ISOPTO ATROPINE.....	93	K-TAB ER.....	95
ISOPTO CARPINE.....	92	KYLEENA.....	86
isosorbide dinitrate.....	70	KYNAMRO.....	76
isosorbide mononitrate.....	70	KYNMOBI.....	55
isotretinoin.....	124	L	
isoxsuprine hcl.....	75	labetalol hcl.....	72
isradipine.....	69	LACRISERT.....	90
ISTURISA.....	102	lactulose.....	96, 100
itraconazole.....	40	lamivudine.....	58, 61
ivermectin.....	46, 54, 55, 127	lamivudine/zidovudine.....	58
J		lamotrigine.....	82
JADENU.....	137	LAMPIT.....	46
JAKAFI.....	49	lansoprazole/amoxiciln/clarith.....	98
JALYN.....	139	lansoprazole dr.....	101
JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	64	lansoprazole odt.....	101
JANUMET.....	43, 44	lanthanum carbonate.....	94
JANUMET XR.....	43, 44	lapatinib ditosylate.....	51
JANUVIA.....	43	latanoprost.....	92
JARDIANCE.....	42	LAZANDA.....	22
javygtor.....	137	leflunomide.....	25
JOENJA.....	133	lenalidomide.....	50
JULUCA.....	57	LENVIMA.....	51
JYNARQUE.....	89	LETAIRIS.....	71
JYNNEOS.....	67	letrozole.....	49
K		leucovorin calcium.....	133
KADIAN.....	22	LEUKERAN.....	48
KALBITOR.....	133	LEUKINE.....	84
KALETRA.....	59	leuprolide acetate.....	50
KALYDECO.....	132	LEUPROLIDE DEPOT.....	50
KATERZIA.....	69	levabuterol.....	28
KEFLEX.....	33	levetiracetam.....	82
KERAFOAM.....	126	LEVITRA.....	134
keralyt.....	126	levobunolol hcl.....	92
KERALYT.....	126	levocarnitine.....	137
KERENDIA.....	89	levocetirizine dihydrochloride.....	41
KESIMPTA.....	80	levofloxacin.....	30, 35
ketoconazole.....	40, 41	levonorgestrel/ethin.estradiol.....	85
ketorolac.....	20, 90, 91	levothyroxine.....	131
KEVZARA.....	108	LEVOTHYROXINE.....	131
KINRIX.....	66	levothyroxine sodium.....	131
KISQALI.....	50, 51	LEVULAN.....	53
KITABIS.....	31	LEXIVA.....	59
KLARON.....	125	lidocaine.....	23, 24, 87, 101, 130
KLONOPIN.....	81	lidocaine hcl.....	23, 24, 87
klor-con.....	95	lidocaine hcl/glycerin.....	87
KORLYM.....	44	LIDOCAINE-HYDROCORTISONE.....	101

Índice de medicamentos

LIDODERM.....	24	LUPRON DEPOT.....	50, 105
LILETTA.....	86	lurasidone.....	120
lindane.....	130	LUXIQ.....	129
linezolid.....	34	LYNPARZA.....	51
liothyronine sodium.....	131	LYRICA.....	82
LIPOFEN.....	78	LYSODREN.....	53
LIQUID E-Z PAQUE.....	88	LYSTEDA.....	67
LIQUID POLIBAR PLUS.....	88	LYTGObI.....	51
lisinopril.....	72, 73	LYUMJEV.....	45
lisinopril/hydrochlorothiazide.....	72	M	
lissamine.....	87	MACROBID.....	34
LITEAIRE.....	112	MACRODANTIN.....	34
LITETOUCH.....	112	mafenide.....	37
lithium carbonate.....	115	MAGELLAN INSULIN.....	111
lithium citrate.....	115	malathion.....	130
LITHOSTAT.....	96	maprotiline hcl.....	118
LIVTENCITY.....	60	MARPLAN.....	115
l-norgest/e.estradiol-e.estrad.....	85	MATULANE.....	53
LOCORT.....	104	MAVENCLAD.....	80
LODINE.....	26	MAXZIDE.....	89
LOESTRIN.....	85	MAYZENT.....	80
LOESTRIN FE.....	85	meclofenamate.....	26
LOKELMA.....	94	MEDIHONEY.....	128
LO LOESTRIN FE.....	85	MEDROL.....	104
LOMAIRA.....	54	medroxyprogesterone.....	84, 106
LOMOTIL.....	97	mefenamic acid.....	20
LONHALA MAGNAIR.....	27	mefloquine hcl.....	46
LONSURF.....	48	megestrol acetate.....	53, 140
loperamide hcl.....	97	MEKINIST.....	49
LOPID.....	78	MEKTOVI.....	49
lopinavir/ritonavir.....	59	meloxicam.....	26
LOPROX.....	41	melphalan.....	48
lorazepam.....	114	memantine hcl.....	78, 79
LORBRENA.....	51	memantine hcl er.....	78, 79
LORTAB.....	21	MENACTRA.....	64
losartan/hydrochlorothiazide.....	73	MENEST.....	104
losartan potassium.....	74	MENOPUR.....	107
LOSEASONIQUE.....	85	MENOSTAR.....	104
LOTEMAX.....	91	MENQUADFI.....	64
loteprednol etabonate.....	91	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	64
lovastatin.....	77	meperidine.....	22
LOVENOX.....	38, 39	MEPHYTON.....	140
loxapine succinate.....	121	mercaptopurine.....	48
lubiprostone.....	100	mesalamine.....	99
LUCEMYRA.....	138	MESNEX.....	133
LULICONAZOLE.....	41	MESTINON.....	62
LUMAKRAS.....	49	metaproterenol.....	28
LUMRYZ.....	122	metaxalone.....	113
LUPANETA.....	105	metformin hcl.....	43, 44

Índice de medicamentos

methadone	22	MINIMED RESERVOIR.....	111
methamphetamine hcl.....	63	MINIPRESS	72
methazolamide.....	88	MINITRAN	70
methenamine hippurate	32	MINIVELLE.....	104
methenamine mandelate.....	32	minocycline.....	35, 36
methenam/m.blue/salicyl/hyoscy	32	minocycline er	35, 36
methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	32	minoxidil	74
methen/mblue/sal/sod phos/hyos	32	MIRAPEX ER.....	55, 56
methimazole.....	131	MIRCETTE	85
METHITEST	102	MIRENA	86
meth/meblue/sod phos/psal/hyos	32	mirtazapine.....	114
methocarbamol.....	113	misoprostol	26, 98
methotrexate sodium	48, 49	MITIGARE	25
methoxsalen	124	MITOSOL.....	93
methscopolamine bromide.....	98	M-M-R II VACCINE.....	66
methyl dopa.....	74	MOBIC	26
methyl dopa/hydrochlorothiazide	74	MOBILE LANCETS.....	110
methylergonovine maleate	106	modafinil.....	122
METHYLIN.....	119	MODERNA COVID-19 VACCINE	64
methylphenidate er	119	moexipril hcl	73
methylphenidate hcl	119	molindone hcl.....	122
methylphenidate la	119	MOLNUPIRAVIR.....	62
methylprednisolone	104	mometasone furoate	90, 129
methyl salicylate.....	126	MONOJECT	111
methyltestosterone.....	102	MONSEL'S.....	67
metoclopramide hcl	100	montelukast sodium.....	29
metolazone	89	MONUROL	32
METOPIRONE.....	88	MORPHABOND ER.....	22
metoprolol/hydrochlorothiazide	75	morphine sulfate.....	22
metoprolol succinate	75	MOTOFEN	97
metoprolol tartrate.....	75	MOVANTIK.....	39
metronidazole.....	31, 36, 127	MOXATAG	35
metyrosine	74	MOXEZA	30
MEZPAROX-HC.....	130	moxifloxacin.....	30, 35
MIACALCIN	108	MS CONTIN.....	22
miconazole nitrate	39	MUGARD	134
MICROCHAMBER.....	112	MULPLETA.....	84
MICROGESTIN 24 FE.....	85	mupirocin.....	37
MICROSPACER	112	MURI-LUBE	137
midazolam hcl.....	123	MUSE.....	134
midodrine hcl.....	63	mvn no.53/iron/folic/dss/dha	140
MIFEPREX	135	MYALEPT	107
mifepristone.....	135	MYAMBUTOL.....	32
miglitol.....	42	mycophenolate mofetil	109
miglustat.....	136	mycophenolate sodium.....	109
millipred.....	104	MYDRIACYL.....	93
MILLIPRED.....	104	MYFORTIC	109
MIMYX	125	MYLERAN	48
MINASTRIN 24 FE.....	85	MYORISAN	124

Índice de medicamentos

MYTESI.....	97	nicardipine hcl	69
N		NICOTROL	131
nabumetone	26	nifedipine	69, 70
nadolol	75	nilutamide.....	48
nadolol/bendroflumethiazide	75	nimodipine.....	69
naftifine.....	41	NINLARO	51
NAFTIN	41	nisoldipine er	69, 70
NALFON.....	26	nitazoxanide.....	54
NALOCET	21	nitisinone	136
naloxone.....	23, 39, 138	NITRO-DUR.....	70
NALOXONE	39	nitrofurantoin.....	34
naltrexone	39	nitroglycerin	70
NAMENDA	79	NITROLINGUAL.....	70
NAMENDA XR.....	79	NITROMIST	70
NAMZARIC	79	NITROSTAT	70
NAPROSYN.....	26	NITYR.....	136
naproxen	20, 26	NIVESTYM.....	84
naratriptan	19	NOCTIVA.....	103
NARCAN	39	NORCO.....	21
NATACYN	39	NORDITROPIN FLEXPRO	105
nateglinide.....	43	norelgestromin/ethin.estradiol.....	86
NATROBA.....	55	noreth-ethinyl estradiol/iron	85
NAYZILAM.....	81	norethind-eth estrad	85, 104
NEBUPENT	46	norethindrone	85, 103, 104, 106
nebusal.....	136	norethindrone ac-eth estradiol	85, 104
NEBUSAL.....	136	norethindrone-e.estradiol-iron.....	85
NEEDLE.....	110, 111	norethin-ee	85
nefazodone hcl	116	norethin-eth estrad	104
neomycin	30	norgestimate-ethinyl estradiol	85
neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	30	norgestrel-ethinyl estradiol.....	85
neomycin/polymyxin b/dexametha	30	NORLIQVA.....	70
neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	30	NORPACE	68
neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	31	NORPACE CR.....	68
neomycin sulfate.....	31	NORTHERA	63
neomycin sulf/bacitracin/poly	31	nortriptyline hcl	118
neomycin sulf/polymyxin b sulf.....	123	NORVASC.....	70
NEO-SYNALAR.....	36	NORVIR.....	59
NERLYNX	51	NOURIANZ.....	56
NEULASTA	84	NOVAREL	107
NEULUMEX.....	88	NOVOPEN	110
NEUPOGEN	84	NOXAFIL	40
NEUPRO.....	56	NUBEQA	48
NEURONTIN.....	82	NUCALA.....	29
NEUTRASAL.....	135	NUCORT	129
nevirapine	58	NUCYNTA	22
NEXIUM DR	101	NUCYNTA ER	22
NEXPLANON.....	84	NUDEXTA.....	79
niacin.....	78	NULEV	98
NIASPAN.....	78	NULIBRY	136

Índice de medicamentos

NULYTELY	100	OPTICHAMBER	112
NUMOISYN	135	ORACIT	96
NUPLAZID	115	ORALAIR	64
NURTEC ODT	19	ORAMAGICRX	134
NUVARING	84	ORAPRED ODT	105
NUZYRA	36	ORAVIG	40
NYMALIZE	70	ORENCIA	25
nystatin	40, 41	ORENITRAM	71
NYVEPRIA	84	ORENITRAM ER	71
O		ORFADIN	136
OBREDON	87	ORGOVYX	50
OBSTETRIX	113, 140	ORIAHNN	105
OBTREX DHA	114	ORILISSA	105
OCALIVA	99	ORKAMBI	132
octreotide acetate	106	ORLADEYO	133
ODACTRA	64	orphenadrine citrate	113
ODEFSEY	59	ORTHO MICRONOR	85
ODOMZO	49	oseltamivir	60
OFEV	133	OSMOLEX ER	56
ofloxacin	31, 35	OSPHERA	135
olanzapine	120, 122	OTEZLA	25
olmesartan/amlodipin/hcthiazid	72	OTOVEL	30
olmesartan-hctz	73	OTREXUP	24
olmesartan medoxomil	74	OVACE	125
olopatadine	42, 90	OVIDE	130
olopatadine hcl	42, 90	OVIDREL	107
OLUMIANT	25	oxandrolone	102
omega-3 acid ethyl esters	96	oxaprozin	26, 27
omeppi	101	OXAYDO	22
omeprazole-bicarb	101	oxazepam	114
omeprazole dr	101	oxcarbazepine	82
OMNIPOD	110	OXERVATE	93
OMNIPOD 5 (GEN 5) KIT	110	OXSORALEN-ULTRA	124
OMNIPOD 5 (GEN 5) POD	110	OXTELLAR XR	82
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) kit	110	oxybutynin chloride	140
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) KIT	110	oxycodone hcl	21, 22
OMNIPOD CLASSIC (GEN 3) PODS	110	oxycodone hcl/acetaminophen	21
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) KIT	110	oxycodone hcl/aspirin	21
OMNIPOD CLASSIC (GEN 4) PODS	110	OXYCODONE HCL ER	22
OMNIPRED	91	oxymorphone hcl	22
ondansetron	98	OZEMPIC	42
ONETOUCH	110	P	
ONFI	81	pacerone	68
ONUREG	49	PACNEX	126
OPDIVO	52	PAIN EASE	24
opium	22	paliperidone er	120, 121
opium/belladonna alkaloids	22	PALYNZIQ	64
opium tincture	97	PANCREAZE	100
OPSUMIT	71	PANRETIN	53

Índice de medicamentos

pantoprazole.....	101	PHENTOLAMINE-ALPROSTADIL.....	134
PAPAVERINE.....	134	phenylephrine hcl.....	41, 91
PARADIGM.....	111	phenylephrine hcl/prometh hcl.....	41
PARAGARD T 380-A.....	86	PHENYTEK.....	82
paregoric.....	97	phenytoin.....	81, 82
PAREMYD.....	93	PHESGO.....	50
paricalcitol.....	135	PHOSLYRA.....	94, 95
PARLODEL.....	56	PHOSPHOLINE IODIDE.....	92
paromomycin sulfate.....	45	PHYSIOLYTE.....	123
paroxetine.....	116, 136	PHYSIOSOL.....	123
paroxetine cr.....	116	phytonadione.....	140
paroxetine er.....	116	PICATO.....	53
PASER.....	32	PIFELTRO.....	58
PATANASE.....	90	pilocarpine hcl.....	63, 92
PAXLOVID.....	62	pimecrolimus.....	108
PCE.....	34	pimozide.....	120
PEDIARIX.....	67	pindolol.....	75
PEDVAXHIB.....	66	pioglitazone hcl.....	43, 44
peg3350/sod sulf, bicarb, cl/kcl.....	100	pioglitazone hcl/glimepiride.....	43
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	100	pioglitazone hcl/metformin hcl.....	43
PEGANONE.....	82	PIQRAY.....	51
PEGASYS.....	61	pirfenidone.....	136
PEGINTRON.....	61	piroxicam.....	26, 27
PEMAZYRE.....	51	PLAQUENIL.....	46
penicillamine.....	24	PLAVIX.....	57
penicillin v potassium.....	35	PLEGRIDY.....	80
PENTACEL.....	66	PLIXDA.....	130
PENTACEL ACTHIB COMPONENT.....	66	PNEUMOVAX 23.....	64
pentamidine isethionate.....	46	pnv 22/iron, gluc/folic/dss/dha.....	114
pentazocine hcl/naloxone hcl.....	23	pnv 66/iron/folic/docusate/dha.....	114
pentoxifylline.....	68	pnv 69/iron/folic/docusate/dha.....	114
PERCOCET.....	21	pnv 80/iron fum/folic/dss/dha.....	114
PERIDEX.....	133	pnv/ferrous fum/docusate/folic.....	114
perindopril erbumine.....	73	pnv/iron, carb/docusat/folic ac.....	114
permethrin.....	54, 55	POCKET CHAMBER.....	112
perphenazine.....	118, 122	PODOCON-25.....	126
perphenazine/amitriptyline hcl.....	118	podoflox.....	126
PFIZER COVID-19 VACCINE.....	60	POLIBAR ACB.....	88
PHARMABASE BARRIER.....	127	polydimethylsiloxanes/silicon.....	127
PHASEAL PROTECTOR.....	111	polymyxin b sulf/trimethoprim.....	31
phenazopyridine.....	24	POMALYST.....	50
phendimetrazine.....	54	posaconazole.....	40
phenelzine sulfate.....	115	POTABA.....	140
phenobarb/hyoscy/atropine/scop.....	98	potassium bicarbonate/cit ac.....	95
phenobarbital.....	98, 122	potassium chloride.....	95
phenobarbital-belladonna elixr.....	98	potassium citrate.....	96
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR.....	98	potassium iodide/iodine.....	95
phenoxybenzamine hcl.....	63	pramipexole di-hcl.....	56
phentermine.....	54	pramipexole er.....	55, 56

Índice de medicamentos

PRAMOSONE.....	130	PROGLYCEM	94
prasugrel	57	PROGRAF.....	109
pravastatin sodium.....	77	PROLENSA.....	91
praziquantel.....	45	PROMACTA.....	84
prazosin hcl.....	72	promethazine-codeine.....	87
PR BENZOYL PEROXIDE.....	126	promethazine/dextromethorphan.....	86
PRECOSE.....	42	promethazine hcl.....	41, 98
prednicarbate.....	128, 129	promethazine/phenyleph/codeine.....	86
prednisolone.....	30, 91, 104, 105	PROMETRIUM	106
prednisolone acetate.....	91	propafenone hcl.....	68
prednisolone sodium.....	91, 104, 105	proprantheline bromide.....	96
prednisone.....	105	proparacaine/fluorescein sod.....	91
PREFEST.....	104	proparacaine hcl.....	91
pregabalin.....	82	propranolol hcl.....	75
PREGNYL.....	107	propranolol/hydrochlorothiazid.....	75
PREMARIN.....	104, 107	propylthiouracil.....	131
PREMPHASE.....	104	PROQUAD.....	66
PREMPRO.....	104	PROSCAR.....	139
prenatal 12/iron/folic/dss/om3.....	114	PROSTIN.....	106
PRENATAL 19.....	114	protectives2/ceramide.....	127
prenatal 34/iron/folic/dss/dha.....	114	PROTOPIC.....	108
prenatal vits15/iron/folic/dss.....	114	protriptyline hcl.....	118
PREPIDIL.....	106	PROVERA.....	84, 106
PREPOPIK.....	100	PROVOCHOLINE.....	87
PRESTALIA.....	71	PULMICORT.....	29
PRETOMANID.....	32	PULMOZYME.....	133
PREVIDENT.....	93	PURIXAN.....	49
PREVNAR 13.....	64	pyrazinamide.....	32
PREVYMIS.....	60	PYRIDIDIUM.....	24
PREZCOBIX.....	58	pyridostigmine bromide.....	62
PREZISTA.....	58	pyrimethamine.....	46
PRIFTIN.....	32	Q	
PRIMAQUINE.....	46	QINLOCK.....	52
primaquine phosphate.....	46	QMIIZ ODT.....	27
PRIMEAIRE.....	112	QSYMIA.....	54
primidone.....	82	QUADRACEL DTAP-IPV.....	66
PRIMLEV.....	21	QUALAQUIN.....	46
PRIMSOL.....	32	QUARTETTE.....	85
PRISMASOL.....	96	quazepam.....	123
probenecid.....	27	QUAZEPAM.....	123
PROCARDIA.....	70	QUESTRAN.....	78
PROCARE.....	112	quetiapine fumarate.....	121
PROCHAMBER.....	112	QUILLIVANT XR.....	119
prochlorperazine.....	97, 98	quinapril hcl.....	73
PRO COMFORT.....	112	quinapril/hydrochlorothiazide.....	72
PROCORT.....	101	quinidine gluconate.....	68
PROCRT.....	83	quinidine sulfate.....	68
PROCTOFOAM-HC.....	101	quinine sulfate.....	46
progesterone, micronized.....	106	QUTENZA.....	126

Índice de medicamentos

QVAR REDIHALER.....	29	ribasphere.....	61
R		ribasphere ribapak.....	61
rabeprazole sodium.....	101	RIDAURA.....	25
RADIAGEL.....	137	rifabutin.....	32
RADIAPLEXRX.....	127	RIFAMATE.....	32
RADICAVA ORS.....	79	rifampin.....	33
RADIOGARDASE.....	137	RIFATER.....	33
RAGWITEK.....	64	RILUTEK.....	79
raloxifene hcl.....	138	riluzole.....	79
ramelteon.....	122	rimantadine hcl.....	60
ramipril.....	73	RIMSO-50.....	23
ranitidine hcl.....	99	ringer's.....	123
ranolazine.....	68	RINVOQ.....	25
RAPAFLO.....	139	RIOMET.....	43
RAPAMUNE.....	109	RIOMET ER.....	43
RAPLIXA.....	68	risedronate sodium.....	138
rasagiline mesylate.....	55, 56	RISPERDAL.....	121
RAVICTI.....	96	risperidone.....	121
RAYALDEE.....	135	RITALIN.....	119
RAZADYNE ER.....	62	RITEFLO.....	112
READI-CAT 2.....	88	ritonavir.....	59
REBIF.....	80	rivastigmine.....	62
RECOMBIVAX HB.....	67	rizatriptan benzoate.....	19
RECOTHROM.....	68	ROBAXIN-750.....	113
RECTIV.....	100	ROBINUL.....	96
REDITREX.....	24	ROCALTROL.....	140
REGIMEX.....	54	ROCKLATAN.....	92
REGLAN.....	100	ropinirole hcl.....	56
REGRANEX.....	125	ROSANIL.....	37
RELAGARD.....	45	rosuvastatin calcium.....	77
RELENZA.....	60	ROTARIX.....	64
RELISTOR.....	39	ROTATEQ.....	64
REMICADE.....	47	ROXYBOND.....	23
RENACIDIN.....	96	ROZLYTREK.....	52
repaglinide.....	43, 44	RUBRACA.....	52
REPATHA.....	76	RUCONEST.....	133
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	110	rufinamide.....	81, 82
RESPA A.R.....	86	RUKOBIA.....	58
RESTASIS.....	93	RUZURGI.....	80
RESTIZAN.....	125	RYBELSUS.....	42
RETACRIT.....	83	RYDAPT.....	52
RETEVMO.....	52	RYTARY.....	56
REVLIMID.....	50	RYTHMOL SR.....	68
REXULTI.....	121	S	
REYATAZ.....	59	SAF-CLENS AF.....	128
REZLIDHIA.....	53	SAFYRAL.....	85
REZUROCK.....	139	SALAGEN.....	63
REZVOGLAR KWIKPEN.....	42	salicylic acid.....	126
RHOPRESSA.....	92	SALIMEZ FORTE.....	126

Índice de medicamentos

SALKERA	127	SKELAXIN	113
salsalate	24	SKYLA	86
SALVAX DUO PLUS	127	SKYRIZI	124
SANCUSO	98	SKYTROFA	105
SANDOSTATIN	106	sodium chloride for inhalation	136
SANTYL	130	sodium chloride irrig solution	123
SAPHRIS	121	sodium chloride/nahco3/kcl/peg	100
sapropterin dihydrochloride	137	SODIUM CITRATE.....	37
SARAFEM	116	sodium fluoride/potassium nit	93
SAVAYSA.....	38	SODIUM OXYBATE.....	122
SAVELLA.....	138	sodium phenylbutyrate	96
SAXENDA.....	54	sodium polystyrene sulfon/sorb	94, 95
SCALACORT DK.....	129	sod, pot chlor/mag/sod, pot phos	123
SCEMBLIX.....	52	solifenacin.....	139
scopolamine.....	98	SOLIQUA.....	42
SEASONIQUE	86	SOLTAMOX.....	53
secobarbital sodium	122	SOMA	113
SECUADO.....	121	SOMATULINE DEPOT	106
SECURESAFE.....	111	SOMAVERT	135
selegiline hcl	56	SORBITOL.....	123
selenium sulfide	125	sotalol hcl.....	75
SELZENTRY	58	SOTYKTU	124
SEN-SERTER	110	SOTYLIZE	75
SEROQUEL	121	SOVALDI	60
SEROQUEL XR.....	121	SPACE CHAMBER.....	112
SEROSTIM.....	105	spinosad.....	55
sertraline.....	116	SPIRIVA RESPIMAT	27
sevelamer.....	94, 95	spironolact/hydrochlorothiazid.....	89
sevoflurane.....	23, 24	spironolactone	89
SFROWASA.....	99	SPRAVATO	115
SHINGRIX.....	67	SPRITAM.....	82
SIGNIFOR.....	106	SPRYCEL	52
SIKLOS	67	sps	95
sildenafil.....	71, 134	SSKI	95
SILICONE.....	112	STALEVO.....	56
SILIQ	124	STARLIX	43
silodosin.....	139	STELARA.....	108
SILVADENE.....	37	STENDRA	134
silver nitrate	127, 130	STIMATE	103
silver sulfadiazine.....	37	STIMUFEND.....	84
SIMBRINZA.....	92	STIOLTO RESPIMAT	28
SIMPONI	47	STIVARGA	52
simvastatin.....	76, 77	STRENSIQ	136
SINEMET	56	STRIBILD.....	59
SINGULAIR	29	STRIVERDI RESPIMAT	27
sirolimus.....	109	STROMECTOL	46
SIRTURO	33	SUBOXONE	138
SITZMARKS	88	SUCRAID.....	99
SIVEXTRO	34	sucrafate.....	98

Índice de medicamentos

SULAR	70	TASMAR	56
sulfacetamide	30	TAVALISSE	133
sulfacetamide sodium	37, 125	tazarotene	125
sulfacetamide sod/sulfur/urea	37	TAZVERIK.....	50
sulfacetamide/sulfur/cleansr23	37	TC99M.....	87
sulfact sod/sulur/avob/otn/oct.....	37	TDVAX.....	66
sulfadiazine	31, 37	TEGRETOL	82
sulfamethoxazole/trimethoprim.....	31	TEGSEDI.....	135
SULFAMYLON	37	telmisartan.....	73, 74
sulfasalazine.....	99	telmisartan-amlodipine	73
sulindac.....	27	telmisartan-hctz.....	73
sumatriptan	19, 20	temazepam	123
SUNLENCA	57	TEMIXYS.....	58
SUNOSI.....	122	TEMODAR.....	48
SUPRANE.....	23, 24	TEMOVATE.....	129
SUPRAX.....	33	temozolomide.....	48
SURGIFOAM	68	TENIVAC.....	66
SURGISEAL	127	tenofovir disoproxil fumarate	59
SURVANTA.....	132	TEPMETKO.....	52
SUTAB.....	100	terazosin hcl.....	72
SUTENT.....	52	terbinafine.....	40
SYMAX DUOTAB.....	98	terbutaline	28
SYMDEKO	132	terconazole.....	39
SYMLINPEN	42	TERSI.....	125
SYMPROIC	39	TERUMO SURGUARD2	111
SYMTUZA	57	TESSALON PERLE.....	86
SYNALAR.....	36, 129	testosterone	102, 103
SYNAREL	105	TESTOSTERONE	102
SYNJARDY	44	TESTRED	102
SYNJARDY XR.....	44	tetrabenazine	79
SYNTHROID	131	tetracaine hcl	91
T		tetracycline.....	36
TABLOID.....	49	TETRAVISC	91
TABRECTA	52	TEXACORT.....	129
TACHOSIL.....	68	TEZSPIRE	137
tacrolimus	108, 109	THALOMID.....	32
tadalafil	71, 134	THEO-24.....	29
TAFINLAR	49	theophylline	29
TAGITOL	88	THIOLA	139
TAGRISSO	52	thioridazine hcl	122
TAKHZYRO.....	64	thiothixene.....	121
TALTZ	124	THROMBI-GEL	68
TALZENNA.....	52	THROMBIN-JMI.....	68
TAMIFLU	60	THROMBI-PAD	68
tamoxifen.....	53	thyroid.....	131
tamsulosin hcl.....	139	THYROLAR.....	132
TAPAZOLE	131	tiagabine.....	82, 83
TARGRETIN	48, 53	TIAZAC.....	70
TASIGNA.....	52	TIBSOVO	53

Índice de medicamentos

ticlopidine	57	triamterene	89
TIGAN	98	triazolam	123
TIGLUTIK	79	trichloroacetic acid.....	128
TIKOSYN	68	TRICHLOROACETIC ACID	128
timolol maleate	75, 92	TRICOR.....	78
TINDAMAX	45	trientine.....	137
tinidazole	45	trientine hcl.....	137
TIROSINT	132	trifluoperazine hcl.....	122
TIROSINT-SOL.....	132	trifluridine	60
TISSEEL.....	127	TRIGLIDE.....	78
TIVICAY	59	trihexyphenidyl.....	55
tizanidine hcl.....	113	TRIJARDY XR	44
TOBI	31	TRIKAFTA.....	132
TOBRADEX.....	30	TRILIPIX	78
tobramycin.....	30, 31	trimethobenzamide.....	98
TOBRAMYCIN	31	trimethoprim	31, 32
tobramycin/dexamethasone.....	30	trimipramine.....	118
TOLAK.....	54	TRIMO-SAN.....	45
tolbutamide	43	TRINTELLIX.....	117
tolcapone	56	TRIUMEQ.....	57
tolmetin	27	tropicamide.....	93
tolterodine.....	140	tropium chloride.....	140
tolvaptan.....	88	TRUDHESA.....	20
TOLVAPTAN.....	88	TRULANCE	99
TOPICORT.....	129	TRULICITY.....	42
topiramate	83	TRUMENBA	64
toremifene.....	53	TUKYSA	52
torseamide	88	TURALIO.....	52
TRACLEER.....	71	TUXARIN ER.....	87
tramadol er	23	TUZISTRA XR.....	87
tramadol hcl.....	21, 23	TWINRIX.....	67
tramadol hcl/acetaminophen	21	TYBLUME.....	86
TRAMADOL HCL ER.....	23	TYBOST.....	132
trandolapril	71, 73	TYKERB.....	52
trandolapril/verapamil hcl	71	TYMLOS.....	108
tranexamic acid.....	67	TYVASO	71
TRANSDERM-SCOP	98	U	
TRANXENE T-TAB.....	114	UBRELVY.....	20
tranylcypromine sulfate.....	115	UDENYCA	84
travoprost	92	UKONIQ	52
trazodone hcl	116	ULESFIA.....	55
TRECTOR.....	32	ULORIC.....	25
TRELEGY ELLIPTA.....	28	ULTANE.....	23, 24
TREMFYA	124	ULTRACET	21
TRESIBA.....	45	ULTRAFOAM.....	68
tretinoin.....	53, 124, 130	ULTRAM.....	23
TREXALL	49	ULTRAVATE	129
TREZIX	21	UPTRAVI	71
triamcinolone acetonide.....	133	URAMAXIN.....	127

Índice de medicamentos

urea	37, 46, 127	VISTARIL	41
UROCIT-K	96	VISTOGARD	133
UROQID	96	VITAFOL FE	114
UROXATRAL	139	vite ac/grape/hyaluronic acid	126
URSO	99	VITRAKVI	52
ursodiol	99	VIVELLE-DOT	104
UTA	32	VIVJOA	40
V		VIZIMPRO	52
VAGIFEM	107	voriconazole	40
valacyclovir hcl	60	VORTEX	112
VALCHLOR	54	VOSEVI	60
valganciclovir hcl	60	VOTRIENT	52
VALIUM	114	VOXZOGO	137
valproic acid	83	VRAYLAR	121
valsartan	72, 73, 74	VUMERITY	80
valsartan/hydrochlorothiazide	73	VYLEESI	120
VALTOCO	81	VYNDAMAX	137
VALTRESX	60	VYNDAQEL	137
vancomycin	36	W	
varденаfil hcl	134	WAKIX	83
VARIBAR	88	warfarin	37
VARUBI	98	water for irrigation, sterile	124
VASCEPA	96	WELLBUTRIN SR	115
VASHE	123, 124	WIDE SEAL DIAPHRAGM	86
VAXELIS	66	WP THYROID	132
VECAMEYL	74	X	
VELPHORO	95	XADAGO	56
VELTASSA	95	XALKORI	52
VELLIDY	61	XANAX	114
VENCLEXTA	52	XARELTO	38
venlafaxine hcl	117	XATMEP	49
VENTAVIS	71	XCLAIR	126
verapamil hcl	70, 71	XCOPRI	83
VEREGEN	62	XELJANZ	25
VERELAN	70	XELODA	49
VERIFINE	111	XELSTRYM	63
VERZENIO	52	XENICAL	54
VFEND	40	XENLETA	35
V-GO	110	XEPI	37
VIAGRA	134	XERMELO	97
VIBERZI	99	XIFAXAN	35
VIBRAMYCIN	36	XIGDUO XR	44
VIEKIRA PAK	60	XOFLUZA	60
vigabatrin	83	XOLAIR	29
VIIBRYD	117	XOPENEX	28
VIOICE	133	XOSPATA	52
VIMPAT	83	XPOVIO	53
VIOKACE	100	XTAMPZA ER	23
VIREAD	59	XTANDI	48

Índice de medicamentos

XULTOPHY	42	zileuton	27
XUREA	127	ZIMHI	39
XURIDEN	94	zinc oxide	127
XYREM	122	ziprasidone hcl	121
XYWAV	122	ZIRGAN	60
Y		ZITHROMAX	34
YASMIN	86	ZOHYDRO ER	23
YAZ	86	ZOKINVY	133
YERVOY	53	ZOLADEX	50
Z		ZOLINZA	48
zafirlukast	29	zolmitriptan	20
zaleplon	123	zolpidem tart er	123
ZANAFLEX	113	zolpidem tartrate	123
ZARONTIN	83	zonisamide	83
ZARXIO	84	ZONTIVITY	57
ZAVESCA	136	ZORBTIVE	105
ZEJULA	52	ZORTRESS	109
ZELBORAF	49	ZTLIDO	24
ZEMPLAR	135	ZUBSOLV	139
ZENATANE	124	ZYDELIG	52
ZENZEDI	63	ZYKADIA	52
ZEPATIER	62	ZYLET	30
ZETIA	78	ZYLOPRIM	25
zidovudine	58	ZYVOX	34
ZIEXTENZO	84		

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

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



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

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

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

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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