

Planes de medicamentos con receta de Medicare

# Lista de medicamentos completa (Formulario) de Cigna Healthcare para 2024

**Lea este aviso:**

**Este documento contiene información sobre todos los medicamentos que cubrimos en este plan.**

**Plan de cobertura**

Cigna Healthcare Saver Rx (PDP)



HPMS Approved Formulary File Submission 00024186, Version Number 12.

Este Formulario se actualizó el 1 de abril de 2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna Healthcare al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com).

El Formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.



**Nota para los clientes existentes:** Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna Healthcare. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna Healthcare Saver Rx (PDP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestros planes, que está actualizada a abril de 2024. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización del Formulario.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025, y ocasionalmente durante el año.

### ¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna Healthcare?

Una Lista de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Cigna Healthcare en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las farmacoterapias que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Cigna Healthcare cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos siempre que el medicamento sea médicamente necesario, que la receta se despache en una farmacia de la red de Cigna Healthcare y que se cumpla con las otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo despachar sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).

### ¿La Lista de medicamentos (el Formulario) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de un medicamento se hacen el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, que los pasemos a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

**Cambios que pueden afectarle este año.** En los casos que se indican abajo, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si usted en este momento está tomando ese medicamento de marca, tal vez no le digamos con anticipación que haremos ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho.

– Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra Lista de medicamentos y notificaremos a los clientes que estén tomando el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en la Lista de medicamentos, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas y/o estudios. Si eliminamos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos, agregamos el requisito de autorización previa, límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado con respecto a un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido mayor, debemos notificar a los clientes afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor o en el momento que el cliente solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el cliente recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
  - Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección que sigue titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare?”.

**Cambios que no le afectarán si en este momento está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos de 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, salvo según se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los clientes que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. No obstante, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para fijarse si hay algún cambio en los medicamentos.

La Lista de medicamentos adjunta está actualizada a abril de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna Healthcare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la Lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las Listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

### ¿Cómo uso la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la Lista de medicamentos:

#### **Condición médica**

La Lista de medicamentos comienza en la página 10. Los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría “CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

#### **Índice de medicamentos cubiertos**

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 61. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna “Nombre del medicamento” de la lista.

### ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cigna Healthcare cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como un medicamento que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

### ¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites de cobertura adicionales. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Cigna Healthcare les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Cigna Healthcare antes de despachar estos medicamentos con receta. Si usted no consigue la aprobación, es posible que Cigna Healthcare no cubra el medicamento.
- **Límites a la cantidad:** Para determinados medicamentos, Cigna Healthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Cigna Healthcare permite 1 comprimido por día de atorvastatina 40 mg. Esto se aplica a un suministro estándar para un mes (para una cantidad total de 30 cada 30 días) o a un suministro para tres meses (para una cantidad total de 90 cada 90 días).
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Cigna Healthcare le exige que pruebe en primer lugar determinados medicamentos para tratar su condición médica, antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que Cigna Healthcare no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no resulta efectivo para usted, Cigna Healthcare cubrirá entonces el Medicamento B.
- **Sin suministro extendido:** Para determinados medicamentos, Cigna Healthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá a un suministro para únicamente 30 días o menos, cada vez. Por ejemplo, los clientes que no hayan despachado recientemente ningún analgésico opioide dentro de los últimos 108 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opioides”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opioide (pacientes con tratamiento previo con opioides) tienen un límite de un suministro máximo de un mes de ese medicamento cada vez. Otros medicamentos de alto costo pueden estar sujetos, además, a una restricción que indica “sin suministro extendido”.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la Lista de medicamentos que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos.

Puede pedirle a Cigna Healthcare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares para tratar su condición médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare?” en la página 3 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## Opciones para los medicamentos de mantenimiento

Tomar los medicamentos recetados por su médico (u otro proveedor) es importante para su salud.

Estamos comprometidos a ayudarle a controlar sus condiciones crónicas haciendo que le resulte fácil recibir sus medicamentos de mantenimiento. Podemos trabajar juntos de varias formas para alcanzar esta meta:

- Pregúntele a su médico si un suministro para 90 días de sus medicamentos permanentes estables puede ser apropiado. Tomar estos medicamentos todos los días como le hayan indicado es importante para su salud en general, y obtener recetas para 90 días de estos medicamentos puede ayudar a garantizar que no deje de tomar ninguna dosis.
- Usted puede recibir un suministro para 90 días en la mayoría de las farmacias minoristas o a través de una de nuestras farmacias de pedidos por correo.
- Hable con su farmacéutico si está experimentando alguna nueva dificultad con sus medicamentos de mantenimiento.

## ¿Cómo puedo usar mi cobertura de medicamentos con receta para ahorrar dinero en mis medicamentos?

Puede tener oportunidades de ahorrar dinero en sus medicamentos si usa su cobertura de Cigna Healthcare.

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- Algunos planes pueden ofrecer un copago de \$0 para los medicamentos genéricos del Nivel 1 que se despachen en una farmacia minorista preferida y/o una farmacia de pedido por correo. Consulte las Tablas de niveles de medicamentos y costos compartidos en la página 6 para averiguar si su plan ofrece estos ahorros.
- Averigüe si el programa de “Ayuda Adicional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)” puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare, hable con su médico sobre medicamentos alternativos que estén cubiertos en la Lista de medicamentos.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta Lista de medicamentos, primero debe comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Si se entera de que Cigna Healthcare no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna Healthcare. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna Healthcare.
- Puede solicitarle a Cigna Healthcare que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare?

Puede solicitarle a Cigna Healthcare que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna Healthcare limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento. Esto se aplica a las siguientes circunstancias:
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su condición.

Tenga en cuenta que, si aprobamos su solicitud de cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, no podrá pedirnos que proporcionemos este medicamento a un nivel de costo compartido menor.

Por lo general, Cigna Healthcare solo aprobará su solicitud de excepción si el medicamento alternativo incluido en nuestra Lista de medicamentos, el medicamento con un costo compartido menor o las restricciones a la utilización adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le provocarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción vinculada con la Lista de medicamentos, la asignación de nivel o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la Lista de medicamentos, la asignación de nivel o las restricciones a la utilización, debe presentar una declaración de su proveedor o su médico que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la



declaración respaldatoria de su proveedor. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar hasta 72 horas para conocer la decisión podría causarle un grave perjuicio a su salud. Si se aprueba su solicitud de acelerar el proceso, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir una declaración respaldatoria de su médico u otro proveedor.

### **¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre la posibilidad de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como cliente nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestra Lista de medicamentos. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestra Lista de medicamentos, pero que su posibilidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder despachar su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar por un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a la Lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted habla con su médico para determinar qué es lo más adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento con un suministro para un máximo de 30 días, en determinados casos, durante los primeros 90 días que usted sea cliente de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos renovaciones para brindar un suministro de medicamento para un máximo de 30 días. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos sin una excepción a la Lista de medicamentos, aunque haga menos de 90 días que es cliente del plan.

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero es miembro de nuestro plan desde hace más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras trata de obtener una excepción a la Lista de medicamentos.

A fin de contemplar las transiciones imprevistas de nuestros clientes que no dejan un margen de tiempo para planificar por anticipado, como los cambios en el nivel de cuidados debido al alta de un hospital para ser trasladado a un centro para convalecientes o a un hogar, Cigna Healthcare cubrirá un suministro único para 31 días (a menos que la receta indique menos días).

### **Lista de medicamentos de Cigna Healthcare**

La Lista de medicamentos completa que comienza en la página 10 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna Healthcare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la Lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 61.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos con mayúsculas (por ejemplo, TRELEGY ELLIPTA), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, *atorvastatina*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Cigna Healthcare tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 10, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

### **¿Qué es una farmacia de la red preferida?**

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (TTY 711), o también puede visitar [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com) para ver el Directorio de farmacias más actualizado.



### **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Cigna Healthcare, consulte su Evidencia de cobertura (EOC) y otros materiales del plan. Para acceder a una copia de su EOC más reciente, visite [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com).

Si tiene preguntas sobre Cigna Healthcare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

### **Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos**

La siguiente tabla representa el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la Lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer más detalles.

Cigna Healthcare no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos. Es posible que algunos medicamentos genéricos estén en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Recuerde que el nombre “Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

**Para los clientes que reciben Ayuda Adicional:** Su nivel de copago en el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) se basará en el modo en que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) clasifique determinados medicamentos. Por este motivo, es posible que un medicamento genérico reciba un copago de medicamento de marca preferida, o un medicamento de marca preferida reciba un copago de medicamento genérico. Consulte su Cláusula adicional del LIS para obtener información adicional sobre estos niveles de copago. O llame a Servicio al Cliente si necesita alguna otra aclaración con respecto a un medicamento específico.

La red de farmacias del Plan de medicamentos con receta Saver de Cigna Healthcare incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en Alaska. Los costos menores que se publicitan en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al 1-800-222-6700 (TTY 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com).

## Encuentre el costo de su medicamento

**Para encontrar el costo de su medicamento, consulte las tablas incluidas en las siguientes páginas para buscar su área de servicio y el plan de medicamentos con receta en el que está inscrito actualmente o desea inscribirse.**

**Si reunió los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos, es posible que sus costos sean diferentes de los descritos en estas tablas. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) o llame a Servicio al Cliente para averiguar qué costos tiene.**

**Cigna Healthcare usa farmacias de la red preferidas. Consulte su Directorio de farmacias o visite [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.**

Por las insulinas cubiertas por nuestros planes, usted solamente pagará \$35 por cada receta para 30 días y \$0 por cada vacuna para adultos cubierta.

Las farmacias de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y las farmacias de terapia de infusión en el hogar usan los costos compartidos de farmacia estándares. Para las LTC, puede obtener un suministro para un máximo de 31 días. En una farmacia fuera de la red, pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo más la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares. Si recibe Ayuda Adicional, estos costos no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

## Opción preferida de costo compartido minorista

Suministro para 30 días

Los copagos para 60 y 90 días son el doble y el triple de los copagos para 30 días respectivamente

Estados regionales	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Norte de NE (NH, ME)	\$0	\$6	20%	50%	25%
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	\$0	\$6	19%	49%	25%
New York	\$0	\$6	18%	48%	25%
New Jersey	\$0	\$6	18%	50%	25%
Atlántico central (DE, DC, MD)	\$0	\$6	19%	49%	25%
Pennsylvania, West Virginia	\$0	\$6	19%	48%	25%
Virginia	\$0	\$8	19%	46%	25%
North Carolina	\$0	\$8	19%	46%	25%
South Carolina	\$0	\$8	19%	49%	25%
Georgia	\$0	\$8	18%	47%	25%
Florida	\$0	\$6	19%	50%	25%
Alabama, Tennessee	\$0	\$8	19%	48%	25%
Michigan	\$0	\$6	19%	49%	25%
Ohio	\$0	\$6	19%	49%	25%
Indiana, Kentucky	\$0	\$6	18%	50%	25%
Wisconsin	\$0	\$7	19%	50%	25%
Illinois	\$0	\$7	19%	50%	25%
Missouri	\$0	\$8	18%	50%	25%
Arkansas	\$0	\$6	18%	50%	25%
Mississippi	\$0	\$6	18%	48%	25%
Louisiana	\$0	\$6	18%	49%	25%
Texas	\$0	\$8	18%	50%	25%
Oklahoma	\$0	\$8	18%	47%	25%
Kansas	\$0	\$6	18%	50%	25%
Oeste medio superior y llanuras del norte*	\$0	\$8	18%	49%	25%
New Mexico	\$0	\$6	19%	49%	25%
Colorado	\$0	\$6	18%	50%	25%
Arizona	\$0	\$6	18%	50%	25%
Nevada	\$0	\$7	18%	50%	25%
Oregon, Washington	\$0	\$6	18%	50%	25%
Idaho, Utah	\$0	\$6	18%	48%	25%
California	\$0	\$6	18%	49%	25%
Hawaii	\$0	\$8	18%	45%	25%
Alaska	\$0	\$8	18%	47%	25%
Puerto Rico	\$0	\$9	18%	48%	25%

\* IA, MN, MT, ND, NE, SD y WY están asociados a los estados regionales del oeste medio superior y las llanuras del norte.



## Opción estándar de costo compartido minorista

Suministro para 30 días

Los copagos para 60 y 90 días son el doble y el triple de los copagos para 30 días respectivamente

Estados regionales	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Norte de NE (NH, ME)	\$10	\$20	21%	50%	25%
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	\$10	\$20	20%	49%	25%
New York	\$10	\$20	19%	48%	25%
New Jersey	\$10	\$20	19%	50%	25%
Atlántico central (DE, DC, MD)	\$10	\$20	20%	49%	25%
Pennsylvania, West Virginia	\$10	\$20	20%	48%	25%
Virginia	\$10	\$20	20%	47%	25%
North Carolina	\$10	\$20	20%	47%	25%
South Carolina	\$10	\$20	20%	50%	25%
Georgia	\$10	\$20	20%	48%	25%
Florida	\$10	\$20	20%	50%	25%
Alabama, Tennessee	\$10	\$20	19%	49%	25%
Michigan	\$10	\$20	20%	49%	25%
Ohio	\$10	\$20	20%	50%	25%
Indiana, Kentucky	\$10	\$20	19%	50%	25%
Wisconsin	\$10	\$20	20%	50%	25%
Illinois	\$10	\$20	20%	50%	25%
Missouri	\$10	\$20	20%	50%	25%
Arkansas	\$10	\$20	20%	50%	25%
Mississippi	\$10	\$20	19%	49%	25%
Louisiana	\$10	\$20	20%	50%	25%
Texas	\$10	\$20	20%	50%	25%
Oklahoma	\$10	\$20	20%	47%	25%
Kansas	\$10	\$20	19%	50%	25%
Oeste medio superior y llanuras del norte*	\$10	\$20	19%	50%	25%
New Mexico	\$10	\$20	20%	49%	25%
Colorado	\$10	\$20	19%	50%	25%
Arizona	\$10	\$20	20%	50%	25%
Nevada	\$10	\$20	20%	50%	25%
Oregon, Washington	\$10	\$20	20%	50%	25%
Idaho, Utah	\$10	\$20	19%	50%	25%
California	\$10	\$20	19%	50%	25%
Hawaii	\$10	\$20	18%	46%	25%
Alaska	\$10	\$20	18%	47%	25%
Puerto Rico	\$10	\$20	19%	49%	25%

\* IA, MN, MT, ND, NE, SD y WY están asociados a los estados regionales del oeste medio superior y las llanuras del norte.



## Opción preferida de costo compartido de pedido por correo

Suministro para 90 días

Estados regionales	
Norte de NE (NH, ME)	Copago de \$0 para el Nivel 1
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	
New York	Copago de \$6 para el Nivel 2
New Jersey	
Atlántico central (DE, DC, MD)	Para todos los demás Niveles de medicamentos, consulte la tabla de opciones preferidas de costo compartido minorista.
Pennsylvania, West Virginia	
Virginia	
North Carolina	
South Carolina	
Georgia	
Florida	
Alabama, Tennessee	
Michigan	
Ohio	
Indiana, Kentucky	
Wisconsin	
Illinois	
Missouri	
Arkansas	
Mississippi	
Louisiana	
Texas	
Oklahoma	
Kansas	
Oeste medio superior y llanuras del norte*	
New Mexico	
Colorado	
Arizona	
Nevada	
Oregon, Washington	
Idaho, Utah	
California	
Hawaii	
Alaska	
Puerto Rico	

## Índice de la Lista de medicamentos:

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que sigue. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría en la Lista de medicamentos.

	Página
ANTIINFECCIOSOS .....	10
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES .....	16
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	24
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS .....	34
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	38
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS .....	40
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO .....	42
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	42
GASTROENTEROLOGÍA.....	46
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	48
SUMINISTROS VARIOS .....	50
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	50
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	53
OFTALMOLOGÍA.....	55
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA .....	57
UROLÓGICOS .....	58
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS .....	59

## Guía de la Lista de medicamentos:

**B/D:** Este medicamento con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B o D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias.

**LA:** Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente de Cigna Healthcare al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com).

**NDS:** Medicamento sin suministro extendido. Este medicamento está disponible únicamente en un suministro para un mes.

**PA:** Este medicamento requiere de autorización previa.

**QL:** Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.

**ST:** Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

**V:** Esta vacuna se proporciona sin costo cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Por lo general, todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos están disponibles a través de pedido por correo, salvo cuando circunstancias o situaciones especiales prohíben enviar un medicamento específico a su hogar.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ABELCET	4	PA
<i>anfotericina b</i>	4	PA
<i>anfotericina b liposomal</i>	5	PA; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	5	PA; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg</i>	4	PA
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	3	
CRESEMBA ORAL	4	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>flucitosina</i>	5	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	4	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	4	
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	4	QL (120/30)
<i>itraconazol, solución oral</i>	4	
<i>ketoconazol oral</i>	3	
<i>nistatina, suspensión oral</i>	2	
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	3	
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	2	
<i>voriconazol intravenoso</i>	4	PA
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	5	NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales</i>	4	
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudina</i>	3	QL (30/30)
<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	2	
<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de amantadina</i>	3	
APRETUDE	4	
APTIVUS	4	QL (120/30)
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (60/30)
BARACLUDGE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
<i>darunavir, comprimidos orales, 600 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>darunavir, comprimidos orales, 800 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	4	
DESCOVY	4	QL (30/30)
DOVATO	5	NDS
EDURANT	4	QL (30/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	4	QL (30/30)
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	4	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 133-200 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>etravirina</i>	4	QL (60/30)
EVOTAZ	4	QL (30/30)
<i>famciclovir</i>	3	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	QL (60/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
LAGEVRIO (EUA)	3	QL (40/180)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamivudina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudina-zidovudina</i>	3	QL (60/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	3	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	5	PA; QL (168/28); NDS
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	4	QL (1200/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	2	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	
ODEFSEY	4	QL (30/30)
<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	3	
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150-100 MG*	3	QL (20/180)
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG*	3	QL (30/180)
PIFELTRO	4	
PREVYMIS	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	4	QL (30/30)

\* Costo compartido de \$0 para Paxlovid

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	5	QL (400/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	4	QL (240/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	4	QL (480/30)
RETROVIR INTRAVENOSO	4	
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	3	
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	
<i>rimantadina</i>	4	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	NDS
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SUNLENCA ORAL	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTÁNEO	5	LA; NDS
SYMTUZA	4	
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	4	QL (180/30)
TRIUMEQ	4	QL (30/30)
TRIUMEQ PD	4	QL (300/30)
TRIZIVIR	5	QL (60/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	3	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i>	5	NDS
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VEKLURY	5	QL (4/180); NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	4	QL (270/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	4	QL (120/30)
VIREAD, POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
XOFLUZA, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG, 80 MG	4	
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	3	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	3	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
AVYCAZ	5	NDS
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	3	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	3	
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	2	
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	3	
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 2 gramos, 300 gramos, 500 mg</i>	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 3 gramos</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS	4	
<i>cefdinir, cápsulas orales</i>	4	
<i>cefdinir, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
CEFEPIME EN DEXTROSA AL 5%	4	
CEFEPIME EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	
<i>cefepima inyectable</i>	4	
<i>cefepima intravenosa</i>	4	PA
<i>cefixima</i>	4	
<i>cefoxitina</i>	4	PA
CEFOXITIN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	PA
<i>cefpodoxima, suspensión oral para reconstitución, 100 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefpodoxima, suspensión oral para reconstitución, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxima, comprimidos orales</i>	4	
<i>cefprozilo</i>	3	
<i>ceftazidima</i>	4	PA
<i>ceftriaxona</i>	4	
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	3	
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i>	4	PA
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	4	PA
<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	4	PA
<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azitromicina intravenosa</i>	4	PA
AZITHROMYCIN, PAQUETE ORAL	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	1	
<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>claritromicina, comprimidos orales</i>	3	
<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	4	
<i>eritrocina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	4	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
<i>albendazol</i>	4	
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovacuna</i>	4	
<i>atovacuna-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
<i>bacitracina intramuscular</i>	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>fosfato de cloroquina</i>	3	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	2	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>clindamicina pediátrica</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	4	PA
<i>cicloserina</i>	4	
<i>dapsona oral</i>	3	
<i>daptomicina</i>	5	NDS
DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	5	NDS
<i>emverm</i>	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	3	
FIRVANQ	4	QL (450/10)
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	PA
<i>hidroxicloroquina</i>	3	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	
<i>isoniazida, solución oral</i>	4	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	1	
<i>ivermectina oral</i>	3	PA
<i>lincomicina</i>	4	PA
<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolida, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
LINEZOLID-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA
<i>mefloquina</i>	3	
<i>meropenem, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 500 mg</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	
METRO INTRAVENOSO	4	PA
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>neomicina</i>	2	
<i>nitazoxanida</i>	5	QL (20/10); NDS
<i>paromomicina</i>	4	
<i>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>primaquina</i>	4	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	4	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	4	
<i>rifampina intravenosa</i>	4	
<i>rifampina oral</i>	3	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>estreptomina</i>	4	PA
<i>tigeciclina</i>	5	PA; NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	4	PA
TRECTOR	3	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
<i>vancomicina inyectable</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 1.25 gramos, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	4	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.5 GRAMOS	4	
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	4	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (80/10)
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral, 25 mg/ml</i>	4	QL (450/10)
VANCOMYCIN, COMBO CON DILUYENTE N.º 1	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<b>PENICILINAS</b>		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	1	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 250-62.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 200-28.5 mg</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	2	
<i>ampicilina sódica</i>	4	PA
<i>ampicilina-sulbactam</i>	4	PA
AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML	4	
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	3	
NAFCILLIN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	PA
<i>nafcilina inyectable</i>	4	PA
<i>nafcilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos</i>	4	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA
<i>penicilina g potásica, sol. para reconst. inyect., 20 millones de unidades</i>	4	PA
<i>penicilina v potásica, solución para reconst. oral</i>	2	
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales</i>	1	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
<i>piperacilina-tazobactam</i>	4	
<b>QUINOLONAS</b>		
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>ciprofloxacina, reconst. de microcápsulas para suspensión oral, 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	PA
<i>levofloxacina, solución oral</i>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2	
<i>moxifloxacina oral</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	4	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA
<b>SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>sulfadiazina</i>	4	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso</i>	4	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	3	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	2	
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	3	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	3	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	3	
NUZYRA INTRAVENOSO	4	PA
NUZYRA ORAL	4	
<i>tetraciclina, cápsulas orales</i>	4	
<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>hipurato de metenamina</i>	3	
<i>nitrofurantoina, macrocristales, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>monohidrato de nitrofurantoina/ macrocrist.</i>	4	
<i>trimetoprima</i>	2	
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>		
<i>leucovorina cálcica inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 25 mg, 5 mg</i>	3	
<i>mesna</i>	4	B/D PA
MESNEX ORAL	5	NDS
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	4	PA
<i>adstiladrin</i>	5	PA; QL (4/90); NDS
AKEEGA	5	PA; QL (60/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); NDS
ALIQOPA	5	PA; NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
<i>tríóxido de arsénico</i>	4	B/D PA
AUGTYRO	5	PA; QL (240/30); NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	4	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	4	B/D PA
<i>bendamustina</i>	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	3	
BLENREP	4	PA
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
BORTEZOMIB, INYECTABLE	5	PA; NDS
BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; NDS
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	5	PA; LA; NDS
BUSULFAN	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg</i>	4	B/D PA
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>cladribina</i>	4	B/D PA
<i>clofarabina</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
COLUMVI	5	PA; QL (30/21); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	5	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	5	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	5	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/ML	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida, solución intravenosa, 500 mg/ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>ciclofosfamida, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	3	B/D PA
<i>ciclosporina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina modificada</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomicina</i>	4	B/D PA
DANYELZA	4	PA
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorrubicina</i>	4	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	4	B/D PA
<i>docetaxel</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
EPKINLY	4	PA
ERBITUX	4	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>	5	PA; QL (150/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	4	
EXKIVITY	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	4	B/D PA
<i>floxuridina</i>	4	B/D PA
<i>fludarabina</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	4	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (84/28); NDS
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
FYARRO	4	PA; LA
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gefitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>gemcitabina</i>	4	B/D PA
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
GLEOSTINE	4	
HALAVEN	5	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i>	4	B/D PA
IFOSFAMIDE, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 3 GRAMOS	4	B/D PA
<i>ifosfamida, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	5	PA; QL (324/30); NDS
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES, 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
IMJUDO	5	PA; LA; NDS
INFUGEM	5	B/D PA; NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>irinotecán</i>	4	B/D PA
IWILFIN	5	PA; LA; QL (240/30); NDS
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JAYPIRCA	5	PA; NDS
JEMPERLI	4	PA
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kemoplat</i>	4	B/D PA
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KIMMTRAK	4	PA
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	5	PA; QL (63/28); NDS
KLISYRI	4	ST; QL (5/30)
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180/30); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>lenalidomida</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida (3 meses)</i>	4	PA
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	4	PA
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LOQTORZI	5	PA; NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>lunsumio</i>	5	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (4 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (6 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED, KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR	4	PA
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (4 COMP. DE 4 MG)	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (5 COMP. DE 4 MG)	5	PA; LA; QL (150/30); NDS
MARGENZA	5	PA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	3	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	3	PA
MEKINIST, SOL. PARA RECONST. ORAL	5	PA; QL (1350/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de melfalán</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	3	
<i>metotrexato sódico (pf), sol. para reconst. inyect.</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico (pf), solución inyectable</i>	3	B/D PA
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	3	B/D PA
<i>metotrexato sódico oral</i>	3	
<i>mitomicina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>mitoxantrona</i>	4	B/D PA
MONJUVI	4	PA
MVASI	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	4	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	3	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
<i>nelarabina</i>	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
<i>acetato de octreotida</i>	4	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
OJJAARA	5	PA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	4	B/D PA
ONIVYDE	4	PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)
OPDIVO	5	PA; NDS
OPDUALAG	4	PA
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (30/28)
ORSERDU	5	PA; NDS
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	5	PA; NDS
PADCEV	4	PA
<i>pazopanib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PRALATREXATE	5	B/D PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	4	
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
REZLIDHIA	5	PA; QL (60/30); NDS
REZUROCK	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>romidepsina, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
ROZLYTREK, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	5	PA; QL (360/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVANT	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (224/28); NDS
RYLAZE	4	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SARCLISA	4	PA
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (600/30); NDS
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (300/30); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	4	
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS
<i>sorafenib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>malato de sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	4	B/D PA
TAFINLAR, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
TAFINLAR, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN	5	PA; QL (840/28); NDS
TAGRISO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALVEY	4	PA
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	4	PA; LA
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TECVAYLI	4	PA
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>toremifeno</i>	5	NDS
TRAZIMERA	5	PA; NDS
TREANDA	5	B/D PA; NDS
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	4	PA
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	4	PA; QL (1/168)
TRODELVY	4	PA
TRUQAP	5	PA; QL (64/28); NDS
TRUXIMA	5	PA; NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TURALIO, CÁPSULAS ORALES, 125 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VANFLYTA	5	PA; QL (56/28); NDS
VECTIBIX	5	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	5	PA; LA; QL (84/365); NDS
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastina</i>	4	B/D PA
<i>vincristina</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbina</i>	4	B/D PA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	5	PA; QL (30/30); NDS
VONJO	5	PA; QL (120/30); NDS
VOTRIENT	5	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS
WELIREG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 150 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 20 MG, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XATMEP	4	PA
XERMELO	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	5	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA, CÁPSULAS ORALES	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZEJULA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	4	PA
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA
ZYNYZ	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.</b>		
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	4	QL (180/30)
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	4	QL (90/30)
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	4	QL (60/30)
BRIVIACT INTRAVENOSO	4	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (600/30)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (60/30)
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifase, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg</i>	3	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	3	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	3	
<i>clobazam, suspensión oral</i>	4	PA; QL (480/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg</i>	4	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (300/30)
DIACOMIT	4	LA
<i>diazepam rectal</i>	4	
<i>dilantin</i>	4	
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	3	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	3	
EPRONTIA	4	PA
<i>etosuximida, cápsulas orales</i>	3	
<i>etosuximida, solución oral</i>	4	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	4	PA; LA; QL (360/30)
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	QL (60/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	3	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>lacosamida intravenosa</i>	4	QL (1200/30)
<i>lacosamida, solución oral</i>	4	QL (1200/30)
<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	3	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	4	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	3	
<i>levetiracetam, solución oral</i>	3	
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>metsuximida</i>	3	
<b>NAYZILAM</b>	4	PA; QL (10/30)
<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	4	
<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	4	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales, 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3	
<i>fenitoína, suspensión oral, 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	3	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 100 mg</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>primidona, comprimidos orales, 125 mg</i>	4	
<i>primidona, comprimidos orales, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>rufinamida, suspensión oral</i>	4	PA
<i>rufinamida, comprimidos orales</i>	3	PA
<b>SPRITAM</b>	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	2	
<b>SYMPAZAN</b>	4	PA; QL (60/30)
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	3	PA
<i>topiramato, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 200 mg</i>	4	PA
<i>topiramato, comprimidos orales</i>	2	PA
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica), solución oral, 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml)</i>	2	
<b>VALTOCO</b>	4	PA; QL (10/30)
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigpoder</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	4	PA; QL (56/28)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	4	PA; QL (120/30)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	4	PA; QL (60/30)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	PA; QL (240/30)
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	PA; QL (56/365)
ZONISADE	5	PA; NDS
<i>zonisamida</i>	2	PA
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1080/30)
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>benzatropina inyectable</i>	4	
<i>benzatropina oral</i>	3	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral, 10-100 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
GOCOVRI	4	ST
ONGENTYS	3	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	3	
<i>rasagilina</i>	3	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS</b>		
AJOVY, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1.5/30)
AJOVY, JERINGA	3	PA; QL (1.5/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	4	PA; QL (8/28)
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>naratriptán</i>	3	QL (18/28)
NURTEC, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	4	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán</i>	3	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
SUMATRIPTAN SUCCINATE, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
<b>TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS</b>		
ADLARITY	4	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 12 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 24 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 6 MG	5	PA; LA; QL (240/30); NDS
AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4)	5	PA; QL (84/365); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	4	PA; QL (120/180)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
FIRDAPSE	5	PA; LA; NDS
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	3	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12/28)
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12/28)
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	4	PA
<i>memantina, solución oral</i>	3	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
MEMANTINE, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	3	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	3	PA
NUDEXTA	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OCREVUS	4	PA
RADICAVA	4	PA
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>teriflunomida</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	4	PA; QL (240/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
VUMERITY	5	PA; QL (120/30); NDS
<b>RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA</b>		
<i>baclofeno, comprimidos orales</i>	2	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	4	PA
<i>dantroleno oral</i>	4	
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	4	PA
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
<b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>		
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120-12 mg/5 ml</i>	3	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	3	PA
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>citrate de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>	4	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	3	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	3	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, intensol</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	3	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	3	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (240/30); NDS
<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i> morfina, solución oral concentrada</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	4	NDS
<i> morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	4	NDS
<i> morfina, solución oral</i>	3	QL (900/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales</i>	3	QL (180/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxicodona, concentrado oral</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, solución oral</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	QL (90/30); NDS
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>		
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico, 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diclofenaco sódico, solución tópica en bomba con dosis medidas</i>	4	PA; QL (224/28)
<i>diflunisal</i>	3	
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 375 MG	2	
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 500 MG	3	
<i>etodolaco, cápsulas orales</i>	3	
<i>etodolac, comprimidos orales, 400 mg</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>etodolac, comprimidos orales, 500 mg</i>	3	
<i>etodolaco, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	4	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	2	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	3	
<i>naloxona nasal</i>	3	
<i>naltrexona</i>	3	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	4	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 375 mg</i>	2	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 500 mg</i>	3	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	3	
<i>naproxeno-esomeprazol</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxaprozina, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, multifase, 24 horas, 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, multifase, 24 horas, 300 mg</i>	3	NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZIMHI	4	

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY MANTENA	4	QL (1/28)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	2	
<i>amoxapina</i>	3	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (60/30)
ARISTADA INITIO	4	QL (4.8/365)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	4	QL (3.9/56)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	4	QL (1.6/28)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	4	QL (2.4/28)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2/28)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
AUVELITY	4	ST; QL (60/30)
BELSOMRA	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	2	
CAPLYTA	4	QL (30/30)
<i>clorpromazina</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	3	
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral, 12.5 mg, 25 mg</i>	3	
<i>desipramina, comprimidos orales, 10 mg, 100 mg, 25 mg</i>	4	
<i>desipramina, comprimidos orales, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intensol</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	4	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	4	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	4	
<i>doxepina, comprimidos orales</i>	4	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	2	QL (120/30)
EMSAM	4	QL (30/30)
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	4	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	QL (30/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	4	PA; QL (90/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (16/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	4	ST; QL (56/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	3	
<i>decanoato de flufenazina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	3	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de imipramina</i>	4	
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	4	QL (3.5/180)
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	4	QL (5/180)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	4	QL (1/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5/28)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63/90)
<i>carbonato de litio, cápsulas orales</i>	1	
<i>carbonato de litio, comprimidos orales</i>	1	
<i>carbonato de litio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>citrato de litio</i>	1	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, jeringa oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	3	
<i>lurasidona, comprimidos orales, 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>lurasidona, comprimidos orales, 80 mg</i>	4	QL (60/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate er</i>	4	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	4	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)</i>	4	
<i>mirtazapina, comprimidos orales, 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	3	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindona, comprimidos orales, 10 mg, 25 mg</i>	3	
<i>molindona, comprimidos orales, 5 mg</i>	4	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>nortriptilina, solución oral</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUPLAZID	4	PA; QL (30/30)
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>oxazepam</i>	4	QL (120/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, suspensión oral</i>	4	QL (900/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>perfenazina, comprimidos orales, 16 mg, 2 mg</i>	3	
<i>perfenazina, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
PERSERIS	4	QL (1/28)
<i>fenelzina</i>	3	
<i>pimozida</i>	4	
<i>protriptilina</i>	4	
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (60/30)
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 40 MG	4	PA; QL (30/30)
REXULTI, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA	4	QL (2/28)
<i>risperidona, solución oral</i>	4	
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	4	QL (30/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>oxibato de sodio</i>	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 56 MG (28 MG X 2)	4	PA; QL (16/28)
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 84 MG (28 MG X 3)	4	PA; QL (18/28)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (60/365)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tioridazina</i>	3	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodona, comprimidos orales, 300 mg</i>	2	
<i>trifluoperazina</i>	3	
<i>trimipramina</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120/30)
VERSACLOZ	4	
<i>vilazodona</i>	4	QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	4	QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	QL (14/365)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
ZURZUVAE	4	PA
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG, 300 MG	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	4	PA; QL (1/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS</b>		
<b>AGENTES ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	
<i>amiodarona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i>	4	
<i>dofetilida</i>	4	
<i>flecainida</i>	3	
LIDOCAINE (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	4	
<i>multaq</i>	4	QL (60/30)
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	
<i>pacerona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>pacerona, comprimidos orales, 400 mg</i>	4	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>propafenona, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sorine, comprimidos orales, 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>		
<i>acebutolol</i>	3	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	3	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>betaxolol oral</i>	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>captopril</i>	4	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>felodipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	3	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>furosemida, solución inyectable</i>	4	
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	1	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	1	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>isosorbida-hidralazina</i>	3	QL (180/30)
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	2	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>losartán</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	3	
<i>metolazona</i>	3	
<i>succinato de metoprolol</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	3	
<i>nebivolol</i>	4	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>nisoldipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
ORENITRAM	4	PA
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 1	4	PA
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 2	4	PA
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 3	4	PA
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>pindolol</i>	3	
<i>prazosina</i>	3	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propranolol, solución oral</i>	3	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	2	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona, comprimidos orales</i>	1	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>telmisartán</i>	3	
<i>telmisartán-amlodipina</i>	4	
<i>telmisartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	2	
<i>maleato de timolol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>maleato de timolol, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<i>torsemina oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	4	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	3	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
BRILINTA	4	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>etexilato de dabigatrán, cápsulas orales, 150 mg, 75 mg</i>	4	ST
<i>dipiridamol oral</i>	3	
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
ELIQUIS	3	
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<i>enoxaparina</i>	4	
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	
HEPARIN (PORCINA), EN DEXT. AL 5%	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	
HEPARIN (PORCINA) EN NAACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
PRADAXA, CÁPSULAS ORALES, 110 MG	4	ST
<i>prasugrel</i>	3	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<b>AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL</b>		
<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	3	
<i>colestiramina suave</i>	3	
<i>colestiramina-aspartamo</i>	3	
<i>colesevelam</i>	4	
<i>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	3	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	2	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	2	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	2	
<i>etilo de icosapento</i>	4	
LIVALO	4	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	3	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	4	
<i>pitavastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
PRALUENT, LAPICERA	4	PA; QL (2/28)
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite, paquete de polvo oral</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (7/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (6/28)
REPATHA, JERINGA	3	PA; QL (6/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<i>digoxina, solución inyectable</i>	4	
<i>digoxina, solución oral</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	4	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN, PEDIÁTRICO	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VERQUOVO	3	PA; QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VYNDAMAX	4	PA
VYNDAQEL	4	PA
<b>NITRATOS</b>		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	3	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	3	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	4	
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO</b>		
<b>ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS</b>		
<i>acitretina</i>	4	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2	
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, AUTOINYECTOR	5	PA; QL (4/28); NDS
TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>lactato de amonio, crema tópica</i>	2	
<i>lactato de amonio, loción tópica</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	5	PA; QL (1.34/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	3	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	3	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	2	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	3	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
<i>podofilox, solución tópica</i>	4	
REGANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
SILVER SULFADIAZINE	2	
SSD	2	
<i>tacrolimus tópico</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
<b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>		
<i>adapaleno, gel tópico, 0.3%</i>	4	QL (45/30)
<i>claravis</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	3	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	4	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	3	
<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i>	4	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	3	
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol, crema tópica</i>	4	
<i>metronidazol, gel tópico, 0.75%</i>	3	
<i>metronidazol, gel tópico, 1%</i>	4	
<i>metronidazol, gel tópico con bomba</i>	4	
<i>metronidazol, loción tópica</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	3	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, crema tópica</i>	4	PA
<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i>	3	PA
<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<b>ANESTÉSICOS TÓPICOS</b>		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)
<b>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	3	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetato de mafenida</i>	4	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	4	
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	4	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	3	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	3	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	4	QL (6.6/28)
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	3	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>econazol</i>	3	QL (85/28)
<i>jublía</i>	4	PA
<i>ketoconazol, crema tópica</i>	3	QL (60/28)
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>klayesta</i>	3	QL (180/30)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)
<b>CORTICOSTEROIDES TÓPICOS</b>		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>alclometasona</i>	3	
<i>dipropionato de betametasona, crema tópica</i>	3	
<i>dipropionato de betametasona, loción tópica</i>	3	
<i>dipropionato de betametasona, pomada tópica</i>	4	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	3	
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	2	
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	4	
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	4	
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	4	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol, loción tópica</i>	4	QL (118/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol, rociador tópico no aerosol</i>	4	QL (125/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	4	QL (120/28)
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonida, loción tópica</i>	4	
<i>desonida, pomada tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	4	
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	4	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	3	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	4	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	3	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	3	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	3	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	3	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	4	
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>hidrocortisona, crema tópica, 2.5%</i>	3	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	4	
<i>mometasona tópica</i>	3	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	3	
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2	
<b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>		
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS</b>		
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>		
LACTATED RINGERS IRRIGATION	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
RINGER'S IRRIGATION	4	
TIS-U-SOL PENTALYTE	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
<i>ácido carginómico</i>	5	PA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CUVRIOR	5	PA; QL (300/30); NDS
D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	4	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES DISPERSABLES, 125 MG	4	PA
<i>deferasirox, comprimidos orales dispersables, 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
DEXTROSE 10% Y NACL 0.2%	4	
<i>dextrosa al 10% en agua (d10w)</i>	4	
DEXTROSE 25% EN AGUA (D25W)	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), solución parenteral intravenosa</i>	4	
DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
DEXTROSE 5%-LACTATED RINGERS	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
DEXTROSE 50% EN AGUA (D50W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w), jeringa intravenosa</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DEXTROSE 70% EN AGUA (D70W)	4	
<i>disulfiram, comprimidos orales, 250 mg</i>	3	
<i>disulfiram, comprimidos orales, 500 mg</i>	4	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)
ENDARI	5	PA; QL (180/30); NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
LEVOCARNITINE, COMPRIMIDOS ORALES	4	
<i>midodrina, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	
<i>midodrina, comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral, 0.8 gramos</i>	4	QL (510/30)
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral, 2.4 gramos</i>	4	QL (150/30)
<i>carbonato de sevelámero, comprimidos orales</i>	4	QL (510/30)
<i>cloruro de sodio al 0.9%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
SODIUM CHLORIDE 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
SODIUM CHLORIDE IRRIGATION	3	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol) oral</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>trientina, cápsulas orales, 250 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
TZIELD	4	PA; QL (14/720)
VELPHORO	3	
VELTASSA	4	
WATER FOR IRRIGATION, STERILE	4	
XIAFLEX	4	PA
ZEMAIRA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	5	PA; LA; NDS
ZEMAIRA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 4,000 MG, 5,000 MG	5	PA; NDS
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	4	B/D PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	3	QL (60/30)
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	
<i>vareniclina</i>	4	
<b>MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO</b>		
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>azelastina nasal en aerosol, rociador</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio) dental</i>	2	
<i>bromuro de ipratropio nasal oralone</i>	3	QL (30/30)
<i>periogard</i>	3	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i>	2	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i>	3	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS</b>		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	3	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	4	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	4	
<b>ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS</b>		
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	3	
<b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>		
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>		
<i>cortisona</i>	4	
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	3	
<i>dexametasona, solución oral</i>	3	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable, 10 mg/ml</i>	4	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
<i>metilprednisolona</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisolona, intensol</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	4	
<i>prednisolona, comprimidos orales</i>	1	
<i>prednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	4	
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propiltiouracilo</i>	3	
<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (180/30)
BAQSIMI	3	
BYDUREON BCISE	3	PA; QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 30 X 5/16"	3	QL (200/30)
DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL	3	
DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 31 X 3/16"	3	QL (200/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	3	QL (30/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
<i>glucagon (hcl), kit de emergencias</i>	3	
<i>glucagón, kit de emergencias (humano)</i>	3	
GLYXAMBI	3	QL (30/30)
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	
HUMALOG U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA	5	NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	
<i>insulin lispro, solución subcutánea</i>	3	
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	4	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	4	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	4	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	3	
LANTUS U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	4	ST; QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	4	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, retención gástrica, 24 horas, 1,000 mg</i>	4	ST; QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, retención gástrica, 24 horas, 500 mg</i>	4	ST; QL (120/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	QL (180/30)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL (20/30)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL (20/30)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1/365)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (20/30)
OMNIPOD GO PODS	3	QL (10/30)
OMNIPOD GO PODS, 10 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)
OMNIPOD GO PODS, 15 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OMNIPOD GO PODS, 20 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)
OMNIPOD GO PODS, 25 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)
OMNIPOD GO PODS, 30 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)
OMNIPOD GO PODS, 40 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3/28)
PENTIPS	3	QL (200/30)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	3	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	3	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	QL (240/30)
RYBELSUS	3	PA; QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYNJARDY	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	3	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	
TRESIBA U-100, INSULINA	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
TRUEPLUS, INSULINA	3	QL (200/30)
TRUEPLUS, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
TRULICITY	3	PA; QL (2/28)
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	3	QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS, AGUJA, CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 1/4", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32", CALIBRE 33 X 5/32"	3	QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS	3	QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	3	QL (200/30)
UNIFINE SAFECONTROL	3	QL (200/30)
UNIFINE ULTRA, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 3-PAK	4	PA; QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
<b>HORMONAS VARIAS</b>		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	3	
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>calcitriol, cápsulas orales</i>	2	
<i>calcitriol, solución oral</i>	3	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>mifepristona, comprimidos orales, 300 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol, cápsulas orales, 1 mcg</i>	3	
<i>paricalcitol, cápsulas orales, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	4	
<i>cipionato de testosterona</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>enantato de testosterona</i>	3	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	4	PA; QL (300/30)
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9 NAACL	4	B/D PA
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
EUTHYROX	3	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>liotironina oral</i>	3	
SYNTHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG	3	
SYNTHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG, 150 MCG, 88 MCG	4	
UNITHROID	3	
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>		
<b>ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dicloamina, comprimidos orales</i>	2	
<i>difenoxilato-atropina, líquido oral</i>	4	
<i>difenoxilato-atropina, comprimidos orales</i>	3	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
<i>alosetrón</i>	4	PA
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>betaina</i>	5	NDS
<i>budesonida oral</i>	4	
<i>chenodal</i>	4	PA; LA
<i>compro</i>	4	
<i>constulosa</i>	3	
CORTIFOAM	4	
<i>cromoglicato oral</i>	3	
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>enulosa</i>	3	
GATTEX, VIAL DE 30	5	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>generlac</i>	3	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	3	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i>	2	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>	3	
INFLECTRA	5	PA; QL (20/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lactulosa, solución oral</i>	3	
LINZESS	3	QL (30/30)
LUBIPROSTONE	3	QL (60/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
MESALAMINE, CÁPSULAS ORALES (CON COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN RETARDADA)	4	
MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	
<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	4	
MESALAMINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 800 MG	4	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OCALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>ondansetrón</i>	2	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>peg 3350-electrolitos</i>	2	
<i>peg-electrolitos, solución</i>	2	
<i>proclorperazina</i>	4	
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>proctosol hc tópico</i>	3	
<i>proctozona-hc</i>	3	
RECTIV	4	
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI INTRAVENOSO	5	PA; QL (30/180); NDS
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (1.2/56); NDS
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (2.4/56); NDS
<i>sulfato de sodio, sulfato de potasio, sulfato de magnesio, sol. para reconst. oral, 17.5-3.13-1.6 gramos</i>	4	
SODIUM, POTASSIUM, MAG SULFATES, SOL. PARA RECONST. ORAL, 17.5-3.13-1.6 GRAMOS, PAQUETE DE 2 (480 ML)	4	
SUCRAID	4	PA
SUFLAVE	4	
<i>sulfasalazina, comprimidos orales</i>	2	
SULFASALAZINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	2	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000 UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES, 60,000-189,600-252,600 UNIDADES	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>		
DEXILANT	4	ST; QL (30/30)
<i>dexlansoprazol</i>	4	ST; QL (30/30)
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	QL (60/30)
<i>famotidina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec),</i>	1	QL (60/30)
<i>omeprazol-bicarbonato de sodio</i>	4	ST; QL (30/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	3	
TALICIA	4	QL (168/180)
<b>INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>		
<b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUEEK	5	PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
PLERIXAFOR	5	B/D PA; NDS
PROCRIT	4	PA
RETACRIT	4	PA
ZIEXTENZO	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>		
ABRYSVO	3	PA; QL (1/365)
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	V
AREXVY (PF)	3	PA; QL (1/365)
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	4	V
BEXSERO	3	V
BOOSTRIX TDAP	3	V
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA; V
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA; V
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,440 UNIDADES ELISA/ML	3	V
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 720 UNIDADES ELISA/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF)	3	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	4	B/D PA
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	V
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOL	3	V
IXCHIQ	3	V
IXIARO (PF)	4	V
JYNNEOS (PF)	3	V
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	V
MENQUADFI (PF)	3	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	V
M-M-R II (PF)	3	V
PANZYGA	5	B/D PA; NDS
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	3	V
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	3	
PREHEVBRIO (PF)	3	B/D PA; V
PRIORIX (PF)	3	V
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	V
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA; V
ROTARIX	3	
ROTATEQ, VACUNA	3	
SHINGRIX (PF)	3	V; QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	V
TDVAX	3	V
TENIVAC (PF)	3	V
TETANUS, DIPHTHERIA TOX, PEDIÁTRICA (PF)	3	
TICE BCG	4	B/D PA
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	V
TWINRIX (PF)	3	V
TYPHIM VI	3	V
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML	3	
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML	3	
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V
VARIVAX (PF)	3	V
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF)	3	V

### SUMINISTROS VARIOS

#### SUMINISTROS VARIOS

PAÑOS CON ALCOHOL	3	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 31 X 15/64"	3	QL (200/30)
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	3	
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	3	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 0 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16"	3	QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	3	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32"	3	QL (200/30)

### SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

#### TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	3	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	3	ST
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicina</i>	3	

#### TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronato, solución oral</i>	1	
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
FORTEO	5	PA; QL (2.4/28); NDS
<i>ibandronato oral</i>	3	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifeno</i>	3	QL (30/30)

#### OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

ADALIMUMAB-ADAZ	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
ADALIMUMAB-ADBM, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ADALIMUMAB-ADBM (CF) PEN CROHNS	5	PA; QL (12/365); NDS
ADALIMUMAB-ADBM (CF) PEN PS-UV	5	PA; QL (8/365); NDS
BENLYSTA INTRAVENOSO	5	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTÁNEO	5	PA
CYLTEZO (CF) PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
CYLTEZO (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA; QL (12/365); NDS
CYLTEZO (CF) PEN PSORIASIS-UV	5	PA; QL (8/365); NDS
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (8/365); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (2/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ 0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (4.8/365); NDS
HYRIMOZ PEN PSORIASIS, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (3.2/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (3.2/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (2.4/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (1.6/28); NDS
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (0.2/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/0.2 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (0.4/28); NDS
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	5	PA; QL (1.6/28); NDS
<i>leflunomida</i>	3	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
OTEZLA	5	PA; QL (60/30); NDS
OTEZLA, COMPRIMIDOS ORALES INICIALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; QL (110/365); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	5	PA; QL (84/180); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	5	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA</b>		
<b>ESTRÓGENOS/PROGESTINAS</b>		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	
<i>dotti</i>	3	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	3	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	3	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	4	
<i>valerato de estradiol</i>	4	
<i>heather</i>	3	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	1	
NORA-BE	3	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	3	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	4	
PREMARIN ORAL	4	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterona micronizada</i>	3	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>etonogestrel-etinilestradiol</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metronidazol vaginal</i>	3	
<i>terconazol</i>	3	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
VANDAZOLE	3	
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera (28)</i>	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	3	
<i>apri</i>	3	
<i>aranella (28)</i>	3	
<i>ashlyna</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	3	
<i>aurovela 24 fe</i>	4	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette (28)</i>	3	
<i>balziva (28)</i>	3	
<i>blisovi 24 fe</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
CAMRESE LO	3	
<i>charlotte 24 fe</i>	3	
<i>chateal eq (28)</i>	3	
<i>cryselle (28)</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>daysee</i>	3	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	3	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm. fa, comprimidos orales, 3-0.02-0.451 mg (24) (4)</i>	3	
<b>DROSPIRENONE-E. ESTRADIOL-LM.FA, COMPRIMIDOS ORALES, 3-0.03-0.451 MG (21) (7)</b>	3	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	3	
<i>elinest</i>	3	
<i>enpresse</i>	3	
<i>enskyce</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	3	
<i>falmina (28)</i>	3	
<i>finzala</i>	3	
<i>gemmily</i>	3	
<i>hailey</i>	3	
<i>hailey 24 fe</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>iclevia</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel (28)</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>joyeaux</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>junel 1/20 (21)</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>junel fe 24</i>	3	
<i>kaitlib fe</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva (28)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	3	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	3	
<i>kurvelo (28)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>larin 1/20 (21)</i>	3	
<i>larin 24 fe</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	3	
<b>LAYOLIS FE</b>	3	
<i>leena 28</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest (28)</i>	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna (28)</i>	3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	3	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	3	
<i>lutera (28)</i>	3	
<i>marlissa (28)</i>	3	
<i>merzee</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	3	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	3	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea (28)</i>	3	
<i>portia 28</i>	3	
<i>reclipsen (28)</i>	3	
RIVELSA	3	
<i>setlakin</i>	3	
<i>simliya (28)</i>	3	
<i>simpesse</i>	3	
<i>sprintec (28)</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina 24 fe</i>	3	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	3	
<i>taysofy</i>	3	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec (28)</i>	3	
<i>trivora (28)</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>turqoz (28)</i>	3	
TYBLUME	4	
<i>tydemy</i>	3	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	3	
<i>vestura (28)</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele (28)</i>	3	
<i>volnea (28)</i>	3	
<i>vyfemla (28)</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera (28)</i>	3	
<i>wymzya fe</i>	3	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	3	
<i>zumandimine (28)</i>	3	

### OFTALMOLOGÍA

#### ANTIBIÓTICOS

<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>bacitracina-polimixina b</i>	2	
BESIVANCE	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>moxifloxacina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
NATACYN	4	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	3	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	3	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>trifluridina</i>	3	
ZIRGAN	4	
<b>BETABLOQUEANTES</b>		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	1	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	
<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	4	
<b>PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos), 1%</i>	3	
<i>azelastina oftálmica (ojos)</i>	3	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>ciclosporina oftálmica (ojos)</i>	4	
CYSTARAN	5	PA; NDS
EYLEA	4	PA; QL (0.1/28)
MIEBO	3	QL (3/30)
<i>olopatadina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	4	
OXERVATE	4	PA; QL (112/56)
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
XDEMVY	4	PA; QL (10/42)
XIIDRA	3	QL (60/30)
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>bromfenaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.07%</i>	3	
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	3	
KETOROLAC, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.4%	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	2	
PROLENSA	3	
<b>MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>acetazolamida, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>acetazolamida, comprimidos orales</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
<b>OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>brimonidina-timolol</i>	4	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	3	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
<i>travoprost</i>	3	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	4	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
<b>ESTEROIDES</b>		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	3	
EYSUVIS	3	QL (16.6/30)
FLUOROMETHOLONE	3	
LOTEMAX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	4	
LOTEMAX SM	4	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), gel</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión, 0.5%</i>	4	
PREDNISOLONE ACETATE	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	3	
<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
<b>SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA</b>		
<b>AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
EPINEPHRINE, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>pamoato de hidroxizina</i>	3	PA
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>prometazina, jarabe oral</i>	4	PA
<i>prometazina, comprimidos orales</i>	2	PA
<b>AGENTES PULMONARES</b>		
<i>acetilcisteína</i>	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación</i>	4	QL (17/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020503)</i>	4	QL (13.4/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983)</i>	4	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml</i>	3	B/D PA
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización, 2.5 mg /3 ml (0.083%)</i>	2	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	4	
<i>ambrisentán</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>brey-na</i>	4	QL (10.3/30)
<i>budesonida para inhalar</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	4	B/D PA
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	4	QL (60/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	4	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	1	QL (30/30)
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>	5	PA; QL (270/30); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
QVAR REDIHALER, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, ACTIVACIÓN POR INHALACIÓN, 40 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
QVAR REDIHALER, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, ACTIVACIÓN POR INHALACIÓN, 80 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (21.2/30)
<i>roflumilast</i>	4	PA; QL (30/30)
RYALTRIS	4	ST
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
SPIRIVA RESPIMAT	3	QL (4/30)
SPIRIVA WITH HANDIHALER	3	QL (90/90)
STIOLTO RESPIMAT	3	QL (4/30)
<i>terbutalina</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 450 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL	5	PA; QL (56/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL	5	PA; QL (84/28); NDS
TYVASO	4	B/D PA
TYVASO INSTITUTIONAL, KIT INICIAL	4	B/D PA
TYVASO, KIT DE RELLENO	4	B/D PA
TYVASO, PAQUETE INICIAL	4	B/D PA
VENTAVIS	4	PA
VENTOLIN HFA	4	QL (36/30)
<i>wixela inhub</i>	4	QL (60/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)

### UROLÓGICOS

### ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>fesoterodina</i>	4	ST; QL (30/30)
GEMTESA	4	QL (30/30)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	4	
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	ST
<i>tolterodina, comprimidos orales</i>	4	
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)</b>		
<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	3	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)
<b>AGENTES UROLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>cloruro de betanecol</i>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, 10 meq (1,080 mg), 15 meq</i>	4	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, 5 meq (540 mg)</i>	3	
RENACIDIN	4	
<b>VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS</b>		
<b>ELECTROLITOS</b>		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	3	QL (360/30)
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	2	
KLOR-CON 8	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-NACL AL 0.45%	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 10 meq/l</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN DEXTROSA AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>cloruro de potasio intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	2	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.2%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.9%	4	
RINGER'S INTRAVENOUS	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45% intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i>	4	
SODIUM CHLORIDE 5 % HYPERTONIC	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	
<b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>		
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D PA
ELECTROLYTE-48 EN D5W	4	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
<i>plenamine</i>	4	B/D PA
<i>premasol 10%</i>	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
<b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>		
BAL-CARE DHA	3	
C-NATE DHA	3	
COMPLETE NATAL DHA	3	
ELITE-OB	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
FOLIVANE-OB	3	
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
M-NATAL PLUS	3	
PNV-DHA	3	
PNV-OMEGA	3	
PNV-SELECT	3	
PR NATAL 400	3	
PR NATAL 400 EC	3	
PR NATAL 430	3	
PR NATAL 430 EC	3	
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
SE-NATAL 19, MASTICABLE	3	
SE-NATAL-19	3	
TARON-C DHA	3	
TRINATAL RX 1	3	
WESCAP-PN DHA	3	
WESNATE DHA	3	
WESTAB PLUS	3	
WESTGEL DHA	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<b>A</b>			
<i>abacavir-lamivudina</i> . . . . .	10	<i>aciclovir, cápsulas orales</i> . . . . .	10
<i>abacavir, comprimidos orales</i> . . . . .	10	<i>aciclovir, comprimidos orales</i> . . . . .	10
<i>abacavir, solución oral</i> . . . . .	10	<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i> . . . . .	10
ABELCET . . . . .	10	<i>ácido acético ótico (oído)</i> . . . . .	42
ABILIFY MAINTENA . . . . .	29	<i>ácido aminocaproico oral</i> . . . . .	36
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i> . . . . .	16	<i>ácido carglúmico</i> . . . . .	41
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i> . . . . .	16	<i>ácido fenofibrico (colina)</i> . . . . .	37
ABRAXANE . . . . .	16	<i>ácido tranexámico oral</i> . . . . .	53
ABRYSVO . . . . .	49	<i>ácido valproico</i> . . . . .	25
<i>acamprosato</i> . . . . .	41	<i>ácido valproico (como sal sódica), solución oral, 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml)</i> . . . . .	25
<i>acarbose, comprimidos orales, 25 mg</i> . . . . .	43	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i> . . . . .	46
<i>acarbose, comprimidos orales, 50 mg</i> . . . . .	43	<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i> . . . . .	46
<i>acarbose, comprimidos orales, 100 mg</i> . . . . .	43	<i>acitretina</i> . . . . .	38
<i>acebutolol</i> . . . . .	34	ACTHIB (PF) . . . . .	49
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i> . . . . .	27	ACTIMMUNE . . . . .	48
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i> . . . . .	27	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF) . . . . .	49
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120-12 mg/5 ml</i> . . . . .	27	ADALIMUMAB-ADAZ . . . . .	50
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i> . . . . .	59	ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN CROHNS . . . . .	51
<i>acetato de mafenida</i> . . . . .	39	ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN PS-UV . . . . .	51
<i>acetato de metilprednisolona</i> . . . . .	42	ADALIMUMAB-ADB (CF) KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML . . . . .	50
<i>acetato de noretisterona</i> . . . . .	53	ADALIMUMAB-ADB (CF) KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML . . . . .	51
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i> . . . . .	53	ADALIMUMAB-ADB (CF) KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA . . . . .	50
<i>acetato de octreotida</i> . . . . .	21	<i>adapaleno, gel tópico, 0.3%</i> . . . . .	38
<i>acetazolamida sódica</i> . . . . .	56	ADCETRIS . . . . .	16
<i>acetazolamida, cápsulas orales, liberación prolongada</i> . . . . .	56	ADEMPAS . . . . .	57
<i>acetazolamida, comprimidos orales</i> . . . . .	56	ADLARITY . . . . .	26
<i>acetilcisteína</i> . . . . .	57	<i>adstiladrin</i> . . . . .	16
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i> . . . . .	42	ADVAIR HFA . . . . .	57
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica</i> . . . . .	40	<i>afirmelle</i> . . . . .	53
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i> . . . . .	40	AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2" . . . . .	50
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i> . . . . .	42	AJOVY, AUTOINYECTOR . . . . .	26
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%</i> . . . . .	40	AJOVY, JERINGA . . . . .	26
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i> . . . . .	43	AKEEGA . . . . .	16
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i> . . . . .	10	<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i> . . . . .	39
		<i>albendazol</i> . . . . .	13



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>alclometasona</i> .....	39	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 400-57 mg</i> .....	15
ALDURAZYME.....	45	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i> .....	15
ALECENSA.....	16	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i> .....	15
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	50	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 250-62.5 mg/5 ml</i> .....	15
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i> .....	50	<i>amoxicilina, cápsulas orales</i> .....	15
<i>alendronato, solución oral</i> .....	50	<i>amoxicilina, comprimidos orales</i> .....	15
<i>alfuzosina</i> .....	59	<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i> .....	15
ALIQOPA.....	16	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> .....	15
<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i> .....	50	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i> .....	15
<i>alosestrón</i> .....	47	<i>ampicilina sódica</i> .....	15
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%.....	57	<i>ampicilina-sulbactam</i> .....	15
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	29	<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i> .....	15
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	29	<i>anagrelida</i> .....	41
<i>altavera (28)</i> .....	53	<i>anastrozol</i> .....	16
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	16	<i>anfotericina b</i> .....	10
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG.....	16	<i>anfotericina b liposomal</i> .....	10
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	16	ANORO ELLIPTA.....	57
<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	53	<i>apraclonidina</i> .....	57
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	53	<i>aprepitant</i> .....	47
<i>ambrisentán</i> .....	57	APRETUDE.....	10
<i>amethia</i> .....	53	<i>apri</i> .....	53
<i>amethyst (28)</i> .....	53	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	24
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i> .....	13	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	24
<i>amilorida</i> .....	34	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG.....	24
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i> .....	34	APTIVUS.....	10
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	34	<i>aranella (28)</i> .....	53
<i>amiodarona, comprimidos orales, 200 mg</i> .....	34	ARCALYST.....	48
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i> .....	34	AREXVY (PF).....	49
<i>amiodarona, solución intravenosa</i> .....	34	<i>arformoterol</i> .....	57
<i>amitriptilina</i> .....	29	ARIKAYCE.....	13
<i>amlodipina</i> .....	34	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i> .....	29
<i>amlodipina-benazepril</i> .....	34	<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i> .....	29
<i>amlodipina-valsartán</i> .....	34	<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i> .....	29
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i> .....	34		
<i>amoxapina</i> .....	29		
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i> .....	15		
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 200-28.5 mg</i> .....	15		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>aripiprazol, solución oral</i> .....	29	AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 12 MG .....	26
ARISTADA INITIO .....	29	AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 24 MG .....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML .....	29	AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4) .....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML .....	29	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG .....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML .....	29	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG .....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML .....	29	AUVELITY .....	30
ARNUIITY ELLIPTA .....	57	<i>aviane</i> .....	53
<i>ashlyna</i> .....	53	AVYCAZ .....	12
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2" .....	50	<i>ayuna</i> .....	53
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i> .....	10	AYVAKIT .....	16
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i> .....	10	<i>azacitidina</i> .....	16
<i>atenolol</i> .....	34	<i>azatioprina sódica</i> .....	16
<i>atenolol-clortalidona</i> .....	34	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	16
ATGAM .....	49	<i>azelastina nasal en aerosol, rociador</i> .....	42
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> .....	30	<i>azelastina oftálmica (ojos)</i> .....	56
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> .....	30	AZITHROMYCIN, PAQUETE ORAL .....	13
<i>atorvastatina</i> .....	37	<i>azitromicina intravenosa</i> .....	13
<i>atovacuna</i> .....	13	<i>azitromicina, comprimidos orales</i> .....	13
<i>atovacuna-proguanil</i> .....	13	<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	13
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos), 1%</i> .....	56	<i>aztreonam</i> .....	13
ATROVENT HFA .....	57	<i>azurette (28)</i> .....	53
<i>aubra eq</i> .....	53		
AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML .....	15	<b>B</b>	
AUGTYRO .....	16	<i>bacitracina intramuscular</i> .....	13
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	53	<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i> .....	55
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	53	<i>bacitracina-polimixina b</i> .....	55
<i>aurovela 24 fe</i> .....	53	<i>baclofeno, comprimidos orales</i> .....	27
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	53	BAL-CARE DHA .....	60
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	53	<i>balsalazida</i> .....	47
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 6 MG .....	26	BALVERSA .....	16
		<i>balziva (28)</i> .....	53
		BAQSIMI .....	43
		BARACLUDGE, SOLUCIÓN ORAL .....	10
		BAVENCIO .....	16
		BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS .....	49
		BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 31 X 15/64" .....	50

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	50	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	17
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	50	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	17
BELEODAQ	16	BOTOX	49
BELSOMRA	30	BRAFTOVI	17
<i>benazepril</i>	34	BREO ELLIPTA	57
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	34	<i>brey-na</i>	57
<i>bendamustina</i>	16	<i>brIELlyn</i>	53
BENDEKA	17	BRILINTA	36
BENLYSTA INTRAVENOSO	51	<i>brimonidina-timolol</i>	56
BENLYSTA SUBCUTÁNEO	51	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	57
<i>benzatropina inyectable</i>	26	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	57
<i>benzatropina oral</i>	26	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	57
BESIVANCE	55	BRIVIACT INTRAVENOSO	24
BESPONSA	17	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	24
BESREMI	48	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	24
<i>betaína</i>	47	<i>bromfenaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.07%</i>	56
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	40	<i>bromocriptina</i>	26
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	40	<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	42
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	40	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	57
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	40	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	27
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	48	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	27
<i>betaxolol oral</i>	34	BRUKINSA	17
<i>bexaroteno</i>	17	<i>budesonida oral</i>	47
BEXSERO	49	<i>budesonida para inhalar</i>	57
<i>bicalutamida</i>	17	<i>bumetanida inyectable</i>	34
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	60	<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	34
BICILLIN L-A	15	<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	34
BIKTARVY	10	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	28
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	34	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	28
BLENREP	17	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	28
<i>bleomicina</i>	17	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	28
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	17	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	28
<i>blisovi 24 fe</i>	53	<i>bupiriona</i>	30
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	53	BUSULFAN	17
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	53	<i>butorfanol nasal</i>	28
BOOSTRIX TDAP	49	BYDUREON BCISE	43
BORTEZOMIB, INYECTABLE	17		
BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	17		
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	17		
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	17		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<b>C</b>			
C-NATE DHA	60	carbidopa-levodopa, comprimidos orales	26
CABENUVA	10	carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada	26
cabergolina	45	carbonato de litio, cápsulas orales	31
CABOMETYX	17	carbonato de litio, comprimidos orales	31
calcipotrieno, crema tópica	38	carbonato de litio, comprimidos orales, liberación prolongada	31
calcipotrieno, cuero cabelludo	38	carbonato de sevelámero, comprimidos orales	41
calcipotrieno, pomada tópica	38	carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral, 0.8 gramos	41
calcitonina (salmón), nasal	45	carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral, 2.4 gramos	41
calcitriol, cápsulas orales	46	carboplatino, solución intravenosa	17
calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml	45	carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg	17
calcitriol, solución oral	46	carteolol	56
CALQUENCE	17	cartia xt	34
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	17	carvedilol	34
camila	53	casprofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg	10
camrese	53	casprofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg	10
CAMRESE LO	53	CAYSTON	13
candesartán-hidroclorotiazida	34	cefactor, cápsulas orales	12
candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg	34	cefactor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	12
candesartán, comprimidos orales, 32 mg	34	cefadroxilo, cápsulas orales	12
CAPLYTA	30	cefadroxilo, comprimidos orales	12
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	17	cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	12
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	17	cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	13
caproato de hidroxiprogesterona	53	cefalexina, suspensión oral para reconstitución	13
captopril	34	CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	12
carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifase, 12 horas	24	CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS	13
carbamazepina, comprimidos orales	24	cefazolina, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 3 gramos	12
carbamazepina, comprimidos orales masticables	24	cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 2 gramos, 300 gramos, 500 mg	12
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg	24	cefdinir, cápsulas orales	13
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 200 mg, 400 mg	24	cefdinir, suspensión oral para reconstitución	13
carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml	24	cefepima intravenosa	13
carbidopa	26		
carbidopa-levodopa-entacapona	26		
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral, 10-100 mg	26		
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral, 25-100 mg, 25-250 mg	26		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cefepima inyectable</i> .....	13	<i>ciclosporina intravenosa</i> .....	17
CEFEPIME EN DEXTROSA AL 5% .....	13	<i>ciclosporina modificada</i> .....	17
CEFEPIME EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....	13	<i>ciclosporina oftálmica (ojos)</i> .....	56
<i>cefixima</i> .....	13	<i>ciclosporina, cápsulas orales</i> .....	17
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i> .....	12	<i>cilostazol</i> .....	36
CEFOXITIN EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....	13	CIMDUO .....	10
<i>cefoxitina</i> .....	13	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i> .....	46
<i>cefpodoxima, comprimidos orales</i> .....	13	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i> .....	46
<i>cefpodoxima, suspensión oral para reconstitución, 50 mg/5 ml</i> .....	13	<i>cipionato de testosterona</i> .....	46
<i>cefpodoxima, suspensión oral para reconstitución, 100 mg/5 ml</i> .....	13	<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i> .....	15
<i>cefprozilo</i> .....	13	<i>ciprofloxacina-dexametasona</i> .....	42
<i>ceftazidima</i> .....	13	<i>ciprofloxacina, reconst. de microcápsulas para suspensión oral, 500 mg/5 ml</i> .....	15
<i>ceftriaxona</i> .....	13	<i>cisplatino, solución intravenosa</i> .....	17
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i> .....	13	<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i> .....	30
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i> .....	13	<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i> .....	30
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i> .....	13	<i>citalopram, solución oral</i> .....	30
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i> .....	13	<i>citarabina</i> .....	17
<i>celecoxib</i> .....	28	<i>citarabina (pf)</i> .....	17
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG .....	24	<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> .....	27
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES .....	46	<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i> .....	28
<i>charlotte 24 fe</i> .....	53	<i>citrato de litio</i> .....	31
<i>chateal eq (28)</i> .....	53	<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, 5 meq (540 mg)</i> .....	59
CHEMET .....	41	<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, 10 meq (1,080 mg), 15 meq</i> .....	59
<i>chenodal</i> .....	47	<i>cladribina</i> .....	17
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR .....	46	<i>claravis</i> .....	38
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i> .....	27	<i>claritromicina, comprimidos orales</i> .....	13
<i>ciclodan, solución tópica</i> .....	39	<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	13
<i>ciclofosfamida, cápsulas orales</i> .....	17	<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	13
<i>ciclofosfamida, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	17	<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i> .....	14
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	17	<i>clindamicina pediátrica</i> .....	14
<i>ciclofosfamida, solución intravenosa, 500 mg/ml</i> .....	17	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....	13
<i>ciclopirox, champú tópico</i> .....	39	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA .....	39
<i>ciclopirox, crema tópica</i> .....	39	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS .....	60
<i>ciclopirox, solución tópica</i> .....	39	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS) .....	60
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i> .....	39		
<i>cicloserina</i> .....	14		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	60	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg	30
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	60	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	30
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	60	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg	30
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	60	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg	30
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	60	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg	30
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	41	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg	30
clinisol sf 15%	60	clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	55
clobazam, comprimidos orales, 10 mg	24	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg	15
clobazam, comprimidos orales, 20 mg	24	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg	15
clobazam, suspensión oral	24	clorhidrato de clindamicina	13
clobetasol-emoliente, crema tópica	40	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales	34
clobetasol, champú tópico	40	clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	57
clobetasol, crema tópica	40	clorhidrato de diltiazem intravenoso	34
clobetasol, cuero cabelludo	40	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	34
clobetasol, espuma tópica	40	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	34
clobetasol, gel tópico	40	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	34
clobetasol, loción tópica	40	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable	34
clobetasol, pomada tópica	40	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales	34
clobetasol, rociador tópico no aerosol	40	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	35
clodan	40	clorhidrato de flufenazina inyectable	31
clofarabina	17	clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales	31
clomipramina	30	clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	31
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg	24	clorhidrato de flufenazina, elixir oral	31
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg	24	clorhidrato de granisetron oral	47
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 1 mg	24	clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales	57
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	24	clorhidrato de imipramina	31
clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	24	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	39
clonazepam, comprimidos orales, 2 mg	24	clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	38
clonidina	34		
clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg	36		
clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg	36		
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg	30		
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg	30		
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg	30		
clorhidrato de amantadina	10		
clorhidrato de buprenorfina inyectable	27		
clorhidrato de buprenorfina sublingual	27		
clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	42		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	38	cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml	59
clorhidrato de melfalán	20	cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 10 meq/l	59
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	32	cloruro de potasio intravenoso	59
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	32	cloruro de potasio-nacl al 0.45%	59
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)	32	cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	59
clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	47	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	59
clorhidrato de metoclopramida, solución oral	47	cloruro de potasio, líquido oral	59
clorhidrato de ondansetrón (pf)	47	cloruro de potasio, paquete oral	59
clorhidrato de ondansetrón intravenoso	47	cloruro de sodio al 0.45% intravenoso	60
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg	47	cloruro de sodio al 0.9%, solución parenteral intravenosa	41
clorhidrato de ondansetrón, solución oral	47	cloruro de sodio hipertónico al 3%	60
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg	32	cloruro de sodio intravenoso	60
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	32	clotrimazol-betametasona, crema tópica	39
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg	32	clotrimazol-betametasona, loción tópica	39
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	32	clotrimazol, crema tópica	39
clorhidrato de pilocarpina oral	41	clotrimazol, membrana mucosa	10
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	56	clotrimazol, solución tópica	39
clorhidrato de selegilina	26	clozapina, comprimidos de desintegración oral, 12.5 mg, 25 mg	30
clorhidrato de terbinafina oral	10	clozapina, comprimidos de desintegración oral, 100 mg, 150 mg, 200 mg	30
clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg	33	clozapina, comprimidos orales	30
clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg	33	COARTEM	14
clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg	33	colchicina, comprimidos orales	50
clorotiazida sódica	34	colesevelam	37
clorpromazina	30	colestípol, comprimidos orales	37
clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	34	colestípol, gránulos orales	37
cloruro de betanecol	59	colestípol, paquete oral	37
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, 5 mg	58	colestiramina (con azúcar)	37
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	59	colestiramina suave	37
cloruro de oxibutinina, jarabe oral	58	colestiramina-aspartamo	37
		colistina (colistimetato sódico)	14
		COLUMVI	17

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
COMBIVENT RESPIMAT	57	<i>d</i> al 5% y cloruro de sodio al 0.9%	41
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	17	<i>d</i> al 5%-cloruro de sodio al 0.45%	41
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	17	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	41
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	17	<i>dacarbazina</i>	17
COMPLERA	10	<i>dactinomomicina</i>	17
COMPLETE NATAL DHA	60	<i>dalfampridina</i>	26
<i>compro</i>	47	<i>danazol</i>	46
<i>constulosa</i>	47	<i>dantroleno oral</i>	27
COPIKTRA	17	DANYELZA	17
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	37	<i>dapsona oral</i>	14
CORTIFOAM	47	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	49
<i>cortisona</i>	42	<i>daptomicina</i>	14
COTELLIC	17	DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	14
CRESEMBA ORAL	10	<i>darunavir, comprimidos orales, 600 mg</i>	10
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	56	<i>darunavir, comprimidos orales, 800 mg</i>	10
<i>cromoglicato oral</i>	47	DARZALEX	17
<i>cromoglicato para inhalar</i>	57	DARZALEX FASPRO	17
<i>cryselle (28)</i>	53	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	53
CUVRIOR	41	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	53
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	17	<i>daunorrubicina</i>	17
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/ML	17	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	18
CYCLOSET	43	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	17
CYLTEZO (CF) PEN	51	<i>daysee</i>	54
CYLTEZO (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	51	<i>deblitane</i>	53
CYLTEZO (CF) PEN PSORIASIS-UV	51	<i>decanoato de flufenazina</i>	31
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	51	<i>decanoato de haloperidol</i>	31
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	51	<i>decitabina</i>	18
CYRAMZA	17	DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES DISPERSABLES, 125 MG	41
<i>cyred eq</i>	53	<i>deferasirox, comprimidos orales dispersables, 250 mg, 500 mg</i>	41
CYSTAGON	59	DELSTRIGO	10
CYSTARAN	56	DEPO-SUBQ PROVERA 104	53
		DESCOVY	10
		<i>desipramina, comprimidos orales, 10 mg, 100 mg, 25 mg</i>	30
		<i>desipramina, comprimidos orales, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	30
		<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	57
		<i>desmopresina inyectable</i>	46
<b>D</b>			
<i>d</i> al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%	41		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>desmopresina oral</i> .....	46	DEXTROSE 70% EN AGUA (D70W).....	41
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i> .....	46	DIACOMIT.....	24
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i> .....	46	<i>diazepam inyectable</i> .....	30
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> .....	54	<i>diazepam rectal</i> .....	24
<i>desogestrel-etinilestradiol</i> .....	54	<i>diazepam, comprimidos orales</i> .....	30
<i>desonida, loción tópica</i> .....	40	<i>diazepam, concentrado oral</i> .....	30
<i>desonida, pomada tópica</i> .....	40	<i>diazepam, intensol</i> .....	30
<i>desoximetasona, crema tópica</i> .....	40	<i>diazepam, solución oral</i> .....	30
<i>desoximetasona, gel tópico</i> .....	40	<i>diazoxida</i> .....	43
<i>desoximetasona, pomada tópica</i> .....	40	<i>diciclomina, cápsulas orales</i> .....	46
<i>dexametasona, comprimidos orales</i> .....	42	<i>diciclomina, comprimidos orales</i> .....	47
<i>dexametasona, elixir oral</i> .....	42	<i>diciclomina, solución oral</i> .....	46
<i>dexametasona, intensol</i> .....	42	<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	28
<i>dexametasona, solución oral</i> .....	42	<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i> .....	56
DEXILANT.....	48	<i>diclofenaco sódico, gel tópico, 1%</i> .....	28
<i>dexlansoprazol</i> .....	48	<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i> .....	28
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i> .....	30	<i>diclofenaco sódico, solución tópica en bomba con dosis medidas</i> .....	28
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	30	<i>dicloxacilina</i> .....	15
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	30	<i>difenoxilato-atropina, comprimidos orales</i> .....	47
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	30	<i>difenoxilato-atropina, líquido oral</i> .....	47
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i> .....	30	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES.....	13
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i> .....	30	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	13
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i> .....	30	<i>diflunisal</i> .....	28
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), solución parenteral intravenosa</i> .....	41	<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> .....	37
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i> .....	41	<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> .....	37
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i> .....	41	<i>digoxina, solución inyectable</i> .....	37
<i>dextrosa al 10% en agua (d10w)</i> .....	41	<i>digoxina, solución oral</i> .....	37
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w), jeringa intravenosa</i> .....	41	<i>dihidroergotamina nasal</i> .....	26
DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	41	<i>dilantin</i> .....	24
DEXTROSE 5%-LACTATED RINGERS.....	41	<i>dilt-xr</i> .....	35
DEXTROSE 10% Y NACL 0.2%.....	41	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i> .....	27
DEXTROSE 25% EN AGUA (D25W).....	41	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i> .....	27
DEXTROSE 50% EN AGUA (D50W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA.....	41	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i> .....	27
		<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> .....	38



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>dipiridamol oral</i> .....	36	DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA .....	43
<i>dipropionato de betametasona, crema tópica</i> .....	39	DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 30 X 5/16" .....	43
<i>dipropionato de betametasona, loción tópica</i> .....	39	DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 31 X 3/16" .....	43
<i>dipropionato de betametasona, pomada tópica</i> .....	39	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	43
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i> .....	10	<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa, comprimidos orales, 3-0.02-0.451 mg (24) (4)</i> .....	54
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i> .....	10	<i>drospirenona-etinilestradiol</i> .....	54
<i>disulfiram, comprimidos orales, 250 mg</i> .....	41	DROSPIRENONE-E.ESTRADIOL-LM.FA, COMPRIMIDOS ORALES, 3-0.03-0.451 MG (21) (7) .....	54
<i>disulfiram, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	41	DROXIA .....	18
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i> ...	24	<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i> .....	41
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	24	<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i> .....	41
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i> .....	24	DUAVEE .....	53
<i>docetaxel</i> .....	18	<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i> .....	31
<i>dofetilida</i> .....	34	<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i> .....	31
<i>dolishale</i> .....	54	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML ...	38
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i> ...	27	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML ...	38
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i> ...	27	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML ...	38
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	27	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML .....	38
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	27	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML .....	38
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS) .....	36	<i>dutasterida</i> .....	59
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS) .....	36	<b>E</b>	
DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS) .....	36	EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 375 MG .....	28
<i>dorzolamida</i> .....	56	EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 500 MG .....	28
<i>dorzolamida-timolol</i> .....	56	<i>econazol</i> .....	39
<i>dotti</i> .....	53	EDARBI .....	35
DOVATO .....	10	EDARBYCLOR .....	35
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> .....	35	<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> .....	47
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i> .....	35	EDURANT .....	10
<i>doxepina, cápsulas orales</i> .....	30	<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i> .....	10
<i>doxepina, comprimidos orales</i> .....	30	<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i> .....	10
<i>doxepina, concentrado oral</i> .....	30	<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i> .....	10
<i>doxercalciferol</i> .....	46		
<i>doxiciclina-100</i> .....	16		
<i>doxorrubicina, liposomal pegilada</i> .....	18		
<i>doxorrubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i> .....	18		
<i>doxorrubicina, solución intravenosa</i> .....	18		
<i>dronabinol</i> .....	47		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>efavirenz, comprimidos orales</i> .....	10	ENVARBUS XR .....	18
ELAPRASE .....	46	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG .....	11
ELECTROLYTE-48 EN D5W .....	60	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG .....	11
<i>elinest</i> .....	54	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG .....	11
ELIQUIS .....	36	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG .....	11
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS .....	36	EPIDIOLEX .....	24
ELITE-OB .....	60	<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> .....	57
ELMIRON .....	59	<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i> .....	57
ELREXFIO .....	18	EPINEPHRINE, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML .....	57
ELZONRIS .....	18	<i>epirubicina, solución intravenosa</i> .....	18
EMCYT .....	18	<i>epitol</i> .....	24
EMPLICITI .....	18	EPKINLY .....	18
EMSAM .....	31	EPRONTIA .....	24
<i>emtricitabina</i> .....	10	ERBITUX .....	18
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 133-200 mg</i> .....	11	<i>ergotamina-cafeína</i> .....	26
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 167-250 MG, 200-300 MG .....	10	<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i> ....	13
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL .....	11	<i>eritrocina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i> .....	13
<i>emverm</i> .....	14	<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i> .....	39
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i> .....	39
<i>enantato de testosterona</i> .....	46	<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i> .....	55
ENBREL MINI .....	51	<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i> .....	39
ENBREL SURECLICK .....	51	<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ....	13
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA .....	51	<i>eritromicina, comprimidos orales</i> .....	13
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....	51	<i>eritromicina, paños</i> .....	39
ENDARI .....	41	ERIVEDGE .....	18
<i>endocet</i> .....	27	ERLEADA .....	18
ENGERIX-B (PF) .....	49	<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	18
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO .....	49	<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i> .....	18
ENHERTU .....	18	<i>errin</i> .....	53
<i>enoxaparina</i> .....	36	<i>ertapenem</i> .....	14
<i>enpresse</i> .....	54	<i>escopolamina base</i> .....	48
<i>enskyce</i> .....	54	<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i> .....	48
<i>entacapon</i> .....	26	<i>espirolactona-hidroclorotiazida</i> .....	36
<i>entecavir</i> .....	11	<i>espirolactona, comprimidos orales</i> .....	36
ENTRESTO .....	37	<i>estarylla</i> .....	54
<i>enulosa</i> .....	47	<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i> .....	37

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>estradiol oral</i> .....	53	EYSUVIS .....	56
<i>estradiol vaginal</i> .....	53	<i>ezetimiba</i> .....	37
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i> .....	53	<i>ezetimiba-simvastatina</i> .....	37
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i> .....	53	<b>F</b>	
<i>estreptomina</i> .....	14	FABRAZYME .....	46
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), gel</i> .....	56	<i>falmina (28)</i> .....	54
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión, 0.5%</i> .....	57	<i>famciclovir</i> .....	11
<i>etacrinato sódico</i> .....	35	<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i> .....	48
<i>etambutol</i> .....	14	<i>famotidina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	48
<i>etexilato de dabigatrán, cápsulas orales, 150 mg, 75 mg</i> .....	36	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG .....	31
<i>etilo de icosapento</i> .....	37	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG .....	31
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i> .....	13	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....	31
<i>etiadiol diac-etinilestradiol</i> .....	54	FARYDAK .....	18
<i>etodolac, comprimidos orales, 400 mg</i> .....	28	<i>febuxostat</i> .....	50
<i>etodolac, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	29	<i>felbamato</i> .....	24
<i>etodolaco, cápsulas orales</i> .....	28	<i>felodipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i> .....	35
<i>etodolaco, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	29	<i>felodipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg, 5 mg</i> .....	35
<i>etonogestrel-etinilestradiol</i> .....	53	<i>fenelzina</i> .....	32
ETOPOPHOS .....	18	<i>fenilbutirato sódico</i> .....	41
<i>etopósido intravenoso</i> .....	18	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 100 mg</i> .....	25
<i>etosuximida, cápsulas orales</i> .....	24	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i> .....	25
<i>etosuximida, solución oral</i> .....	24	<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i> .....	25
<i>etravirina</i> .....	11	<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i> .....	25
EUTHYROX .....	46	<i>fenitoína, suspensión oral, 125 mg/5 ml</i> .....	25
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i> .....	18	<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i> .....	25
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i> .....	18	<i>fenobarbital, comprimidos orales, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> .....	25
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i> .....	18	<i>fenobarbital, comprimidos orales, 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i> .....	25
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg</i> .....	18	<i>fenobarbital, elixir oral</i> .....	25
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> .....	18	<i>fenofibrato nanocristalizado</i> .....	37
EVOMELA .....	18	<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i> .....	37
EVOTAZ .....	11	<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i> .....	37
<i>exemestano</i> .....	18		
EXKIVITY .....	18		
EYLEA .....	56		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i> .....	28	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> .....	60
<i>fesoterodina</i> .....	58	<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i> .....	42
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO .....	31	<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i> .....	42
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....	31	<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i> .....	42
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	59	<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> .....	60
FINTEPLA .....	24	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i> .....	31
<i>finzala</i> .....	54	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg, 40 mg</i> .....	31
FIRDAPSE .....	27	<i>fluoxetina, solución oral</i> .....	31
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE .....	18	<i>flurbiprofeno sódico</i> .....	56
FIRVANQ .....	14	<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	29
<i>flac, aceite ótico</i> .....	42	<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i> .....	37
<i>flecainida</i> .....	34	<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i> .....	37
<i>floxuridina</i> .....	18	<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	37
<i>flucitosina</i> .....	10	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	31
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i> .....	10	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i> .....	31
<i>fluconazol, comprimidos orales</i> .....	10	FOLIVANE-OB .....	60
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i> .....	10	FOLOTYN .....	18
<i>fludarabina</i> .....	18	<i>fomepizol</i> .....	49
<i>fludrocortisona</i> .....	42	<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i> .....	36
<i>flunisolida</i> .....	57	<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i> .....	36
<i>fluocinolona y gorra de baño</i> .....	40	FORTEO .....	50
<i>fluocinolona, aceite tópico</i> .....	40	<i>fosamprenavir</i> .....	11
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.01%</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina inyectable</i> .....	14
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.025%</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina vaginal</i> .....	53
<i>fluocinolona, pomada tópica</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i> .....	39
<i>fluocinolona, solución tópica</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i> .....	39
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i> .....	39
<i>fluocinonida, gel tópico</i> .....	40	<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i> .....	39
<i>fluocinonida, pomada tópica</i> .....	40	<i>fosfato de cloroquina</i> .....	13
<i>fluocinonida, solución tópica</i> .....	40	<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable, 10 mg/ml</i> .....	42
FLUOROMETHOLONE .....	56	<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i> .....	56
<i>fluorouracilo intravenoso</i> .....	18	<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i> .....	42
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i> .....	38	<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i> .....	57
<i>fluorouracilo, solución tópica</i> .....	38	<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> .....	42
<i>fluoruro (de sodio) dental</i> .....	42		
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i> .....	60		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i> .....	42	GAZYVA .....	18
<i>fosfenitoína</i> .....	24	<i>gefitinib</i> .....	18
<i>fosinopril</i> .....	35	<i>gemcitabina</i> .....	18
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>gemfibrozil</i> .....	37
FOTIVDA .....	18	<i>gemmily</i> .....	54
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG .....	18	GEMTESA .....	58
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 5 MG .....	18	<i>generlac</i> .....	47
<i>fulvestrant</i> .....	18	<i>gengraf</i> .....	18
<i>fumarato de bisoprolol</i> .....	34	GENOTROPIN .....	48
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i> .....	12	GENOTROPIN MINIQUICK .....	48
<i>furosemida, comprimidos orales</i> .....	35	<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i> .....	14
<i>furosemida, solución inyectable</i> .....	35	<i>gentamicina, crema tópica</i> .....	39
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> .....	35	<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i> .....	55
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML .....	35	<i>gentamicina, pomada tópica</i> .....	39
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA .....	11	<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i> .....	14
FYARRO .....	18	GENVOYA .....	11
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG .....	24	GILOTRIF .....	18
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG .....	24	<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i> .....	27
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL .....	24	<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i> .....	27
<b>G</b>		<i>glatopa, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i> .....	27
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i> .....	24	<i>glatopa, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i> .....	27
<i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i> .....	24	GLEOSTINE .....	18
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i> .....	24	<i>glicopirronio (pf)</i> .....	47
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i> .....	24	<i>glicopirronio (pf) en agua inyectable</i> .....	47
<i>gabapentina, solución oral</i> .....	24	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i> .....	47
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i> .....	27	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i> .....	47
<i>galantamina, comprimidos orales</i> .....	27	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i> .....	43
<i>galantamina, solución oral</i> .....	27	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	43
GARDASIL 9 (PF) .....	49	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i> .....	43
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2" .....	50	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i> .....	43
GATTEX, VIAL DE 30 .....	47	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> .....	43
GATTEX, VIAL DE UNO .....	47	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG .....	43
<i>gavilyte-c</i> .....	47	<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	43
GAVRETO .....	18	<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	43
		<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i> .....	43

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i> .....	43	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 720 UNIDADES ELISA/0.5 ML .....	49
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i> .....	43	<i>heather</i> .....	53
GLUCAGEN HYPOKIT .....	43	HEPARIN (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML .....	36
<i>glucagon (hcl), kit de emergencias</i> .....	43	HEPARIN (PORCINA), EN DEXT. AL 5% .....	36
<i>glucagón, kit de emergencias (humano)</i> .....	43	<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i> .....	36
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i> .....	42	<i>heparina (porcina), solución inyectable</i> .....	36
<i>glydo</i> .....	38	<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i> .....	36
GLYXAMBI .....	43	HEPLISAV-B (PF) .....	49
GOCOVRI .....	26	HIBERIX (PF) .....	49
<i>griseofulvina micronizada</i> .....	10	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i> .....	16
<i>griseofulvina ultramicronizada</i> .....	10	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i> .....	16
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	31	<i>hidralazina inyectable</i> .....	35
GVOKE .....	43	<i>hidralazina oral</i> .....	35
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1 .....	43	<i>hidroclorotiazida</i> .....	35
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2 .....	43	<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> .....	28
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML .....	43	<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i> .....	28
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML .....	43	<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i> .....	28
<b>H</b>		<i>hidrocortisona oral</i> .....	42
HAEGARDA .....	57	<i>hidrocortisona rectal</i> .....	47
<i>hailey</i> .....	54	<i>hidrocortisona-ácido acético</i> .....	42
<i>hailey 24 fe</i> .....	54	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i> .....	47
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	54	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i> .....	47
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	54	<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%</i> .....	40
HALAVEN .....	18	<i>hidrocortisona, crema tópica, 2.5%</i> .....	40
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> .....	31	<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i> .....	40
<i>haloperidol, comprimidos orales, 20 mg</i> .....	31	<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i> .....	40
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG .....	11	<i>hidromorfona, comprimidos orales</i> .....	28
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG .....	11	<i>hidromorfona, líquido oral</i> .....	28
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG .....	11	<i>hidroxicloroquina</i> .....	14
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG .....	11	<i>hidroxiurea</i> .....	18
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,440 UNIDADES ELISA/ML .....	49	<i>hipurato de metenammina</i> .....	16
		HIZENTRA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....	49
		HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....	43



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	43	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	43
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	43	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	43
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	43	HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	43
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	43	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	43
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	43	HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	43
HUMALOG U-100, INSULINA	43	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	44
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA	44
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ (CF) PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/ 0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/0.2 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	52	HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ 0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	52	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA (CF), KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	HYRIMOZ PEN PSORIASIS, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 61314)	52
HUMIRA PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51		
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	<b>I</b>	
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	<i>ibandronato oral</i>	50
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 0074)	51	IBRANCE	18
		<i>ibu</i>	29
		<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	29
		<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	29
		<i>icatibanto</i>	57
		<i>iclevia</i>	54
		ICLUSIG	18

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>idarrubicina</i> .....	18	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML .....	31
IDHIFA .....	19	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML .....	31
<i>ifosfamida, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i> .....	19	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML .....	31
<i>ifosfamida, solución intravenosa</i> .....	19	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML .....	31
IFOSFAMIDE, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 3 GRAMOS .....	19	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML .....	31
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	19	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML .....	31
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i> .....	19	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML .....	31
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG .....	19	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML .....	31
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG .....	19	INVOKAMET .....	44
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES, 140 MG, 280 MG, 420 MG .....	19	INVOKAMET XR .....	44
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL .....	19	INVOKANA .....	44
IMFINZI .....	19	IPOL .....	49
<i>imipenem-cilastatina</i> .....	14	<i>ipratropio-albuterol</i> .....	58
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i> .....	38	<i>irbesartán</i> .....	35
IMJUDO .....	19	<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i> .....	35
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA .....	49	<i>irinotecán</i> .....	19
<i>incassia</i> .....	53	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES .....	11
INCRELEX .....	41	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG .....	11
INCRUSE ELLIPTA .....	57	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG .....	11
<i>indapamida</i> .....	35	ISENTRESS, DE DOSIS ALTA .....	11
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR .....	49	ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL .....	11
INFLECTRA .....	47	<i>isibloom</i> .....	54
INFUGEM .....	19	<i>isoniazida, comprimidos orales</i> .....	14
INFUMORPH P/F .....	28	<i>isoniazida, solución oral</i> .....	14
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....	19	<i>isosorbida-hidralazina</i> .....	35
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG .....	19	<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> .....	39
INQOVI .....	19	<i>itraconazol, cápsulas orales</i> .....	10
INREBIC .....	19	<i>itraconazol, solución oral</i> .....	10
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO .....	44	<i>ivermectina oral</i> .....	14
<i>insulin lispro, solución subcutánea</i> .....	44	IWILFIN .....	19
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....	11	IXCHIQ .....	49
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30% .....	60		
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML .....	31		
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML .....	31		
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML .....	31		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
IXEMPRA.....	19	JYNNEOS (PF).....	49
IXIARO (PF) .....	49		
<b>J</b>		<b>K</b>	
<i>jaimiess</i> .....	54	K-PHOS ORIGINAL .....	59
JAKAFI .....	19	KABIVEN .....	60
<i>jantoven</i> .....	37	KADCYLA .....	19
JANUMET .....	44	<i>kaitlib fe</i> .....	54
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG .....	44	<i>kalliga</i> .....	54
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG.....	44	KALYDECO.....	58
JANUVIA .....	44	KANJINTI .....	19
JARDIANCE .....	44	<i>kariva (28)</i> .....	54
<i>jasmiel (28)</i> .....	54	<i>kelnor 1-50 (28)</i> .....	54
JAYPIRCA .....	19	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	54
JEMPERLI.....	19	<i>kemoplat</i> .....	19
<i>jencycla</i> .....	53	KERENDIA .....	35
JENTADUETO .....	44	<i>ketoconazol oral</i> .....	10
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG ...	44	<i>ketoconazol, champú tópico</i> .....	39
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG.....	44	<i>ketoconazol, crema tópica</i> .....	39
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28 .....	50	KETOROLAC, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.4% .....	56
JEVTANA.....	19	<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i> .....	56
<i>jolessa</i> .....	54	KEYTRUDA.....	19
<i>joyeaux</i> .....	54	KIMMTRAK .....	19
<i>jublía</i> .....	39	KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	49
<i>juleber</i> .....	54	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)-2.5 MG.....	19
JULUCA .....	11	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)-2.5 MG.....	19
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	54	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)-2.5 MG.....	19
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	54	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1).....	19
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	54	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2).....	19
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	54	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3).....	19
<i>junel fe 24</i> .....	54	<i>klayesta</i> .....	39
		KLISYRI .....	19
		<i>klor-con</i> .....	59

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
KLOR-CON 8	59	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	54
KLOR-CON 10	59	<i>larin 1/20 (21)</i>	54
<i>klor-con m10</i>	59	<i>larin 24 fe</i>	54
<i>klor-con m20</i>	59	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	54
KLOXXADO	29	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	54
KORLYM	46	<i>latanoprost</i>	56
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	19	LAYOLIS FE	54
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	19	<i>leena 28</i>	54
KRAZATI	19	<i>leflunomida</i>	52
<i>kurvelo (28)</i>	54	<i>lenalidomida</i>	19
KYPROLIS	19	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	19
<b>L</b>		LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	19
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	54	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	20
<i>labetalol oral</i>	35	<i>lessina</i>	54
<i>lacosamida intravenosa</i>	24	<i>letrozol</i>	20
<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>	25	<i>leucovorina cálcica inyectable</i>	16
<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	24	<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg</i>	16
<i>lacosamida, solución oral</i>	24	<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 25 mg, 5 mg</i>	16
LACTATED RINGERS IRRIGATION	40	LEUKERAN	20
<i>lactato de amonio, crema tópica</i>	38	<i>leuprolida (3 meses)</i>	20
<i>lactato de amonio, loción tópica</i>	38	<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	20
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	31	<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	25
<i>lactato de haloperidol oral</i>	31	<i>levetiracetam intravenoso</i>	25
<i>lactulosa, solución oral</i>	47	<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	25
LAGEVRIO (EUA)	11	<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	25
<i>lamivudina-zidovudina</i>	11	<i>levetiracetam, solución oral</i>	25
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	11	<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	56
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	11	<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	41
<i>lamivudina, solución oral</i>	11	LEVOCARNITINE, COMPRIMIDOS ORALES	41
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	25	<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	57
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	25	<i>levofloxacina en d5w</i>	15
<i>lamotrigina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	25	<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	15
LANOXIN, PEDIÁTRICO	37	<i>levofloxacina, solución oral</i>	15
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	48		
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	44		
LANTUS U-100, INSULINA	44		
<i>lapatinib</i>	19		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>levonest (28)</i> .....	54	<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i> .....	32
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i> .....	54	<i>lorazepam, jeringa oral</i> .....	32
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> .....	54	<i>lorazepam, solución inyectable</i> .....	31
<i>levora-28</i> .....	54	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....	20
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i> .....	46	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	20
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG .....	46	<i>loryna (28)</i> .....	54
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL .....	11	<i>losartán</i> .....	35
LIBTAYO .....	20	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i> .....	35
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i> .....	34	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i> .....	35
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i> .....	38	LOTEMAX SM .....	56
<i>lidocaína viscosa</i> .....	38	LOTEMAX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS) .....	56
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i> .....	38	<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	37
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i> .....	38	<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i> .....	37
<i>lidocaína, pomada tópica</i> .....	38	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	54
LIDOCAINE (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....	34	LUBIPROSTONE .....	47
<i>lincomicina</i> .....	14	LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG .....	20
LINEZOLID-CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....	14	LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG .....	20
<i>linezolida en dextrosa al 5%</i> .....	14	LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01% .....	56
<i>linezolida, comprimidos orales</i> .....	14	LUMIZYME .....	46
<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i> .....	14	<i>lunsumio</i> .....	20
LINZESS .....	47	LUPRON DEPOT .....	20
<i>liotironina oral</i> .....	46	LUPRON DEPOT (3 MESES) .....	20
<i>lisinopril</i> .....	35	LUPRON DEPOT (4 MESES) .....	20
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i> .....	35	LUPRON DEPOT (6 MESES) .....	20
LIVALO .....	37	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG .....	20
<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	54	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG .....	20
<i>lojaimiess</i> .....	54	LUPRON DEPOT-PED, KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR .....	20
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG .....	20	LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR .....	20
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG .....	20	<i>lurasidona, comprimidos orales, 80 mg</i> .....	32
<i>loperamida, cápsulas orales</i> .....	47	<i>lurasidona, comprimidos orales, 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> .....	32
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i> .....	11	<i>lutra (28)</i> .....	54
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i> .....	11	LYNPARZA .....	20
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i> .....	11	LYSODREN .....	20
LOQTORZI .....	20	LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG .....	20
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	32		
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	32		
<i>lorazepam, concentrado oral</i> .....	32		
<i>lorazepam, intensol</i> .....	32		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (4 COMP. DE 4 MG)	20	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	20
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (5 COMP. DE 4 MG)	20	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	20
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	44	MEKINIST, SOL. PARA RECONST. ORAL	20
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	44	MEKTOVI	20
LYUMJEV U-100, INSULINA	44	<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	29
<i>lyza</i>	53	<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	29
<b>M</b>		<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	27
M-M-R II (PF)	49	<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	27
M-NATAL PLUS	60	<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	27
<i>malatión</i>	40	<i>memantina, solución oral</i>	27
<i>malato de sunitinib</i>	22	MEMANTINE, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	27
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	30	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	49
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	29	MENQUADFI (PF)	49
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	35	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	49
<i>maleato de proclorperazina</i>	47	<i>mercaptopurina</i>	20
<i>maleato de timolol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	36	MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	14
<i>maleato de timolol, comprimidos orales, 20 mg</i>	36	<i>meropenem, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 500 mg</i>	14
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	56	<i>merzee</i>	54
<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	56	MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	47
<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>	11	<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	47
<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	11	<i>mesalamina, enema rectal</i>	47
MARGENZA	20	MESALAMINE, CÁPSULAS ORALES (CON COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN RETARDADA)	47
<i>marlissa (28)</i>	54	MESALAMINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 800 MG	47
MARPLAN	32	<i>mesilato de ziprasidona</i>	33
MATULANE	20	<i>mesna</i>	16
<i>matzim la</i>	35	MESNEX ORAL	16
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	11	<i>metadate er</i>	32
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	11	<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	28
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	47	<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	28
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	53	<i>metadona, concentrado oral</i>	28
<i>medroxiprogesterona oral</i>	53	<i>metadona, intensol</i>	28
<i>mefloquina</i>	14	<i>metadona, solución inyectable</i>	28
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	20	<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	28
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	20	<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	28

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
metazolamida	56	microgestin fe 1/20 (28)	54
metformina, comprimidos orales, 1,000 mg	44	midodrina, comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg	41
metformina, comprimidos orales, 500 mg	44	midodrina, comprimidos orales, 10 mg	41
metformina, comprimidos orales, 850 mg	44	MIEBO	56
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg	44	mifepristona, comprimidos orales, 300 mg	46
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg	44	miglustato	46
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg	44	mili54	
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg	44	minociclina, cápsulas orales	16
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg	44	minoxidil oral	35
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, retención gástrica, 24 horas, 1,000 mg	44	mirtazapina, comprimidos de desintegración oral	32
metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, retención gástrica, 24 horas, 500 mg	44	mirtazapina, comprimidos orales, 7.5 mg	32
metilprednisolona	42	mirtazapina, comprimidos orales, 15 mg, 30 mg, 45 mg	32
metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	43	misoprostol	48
metirosina	35	mitomicina intravenosa	20
metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg	27	mitoxantrona	20
metolazona	35	modafinil, comprimidos orales, 100 mg	32
metotrexato sódico (pf), sol. para reconst. inyect.	20	modafinil, comprimidos orales, 200 mg	32
metotrexato sódico (pf), solución inyectable	20	moexipril	35
metotrexato sódico inyectable	20	mofetil micofenolato (clorhidrato)	20
metotrexato sódico oral	20	mofetil micofenolato, cápsulas orales	20
metoxaleno	38	mofetil micofenolato, comprimidos orales	21
METRO INTRAVENOSO	14	mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución	20
metronidazol en nacl (iso-osm.)	14	molindona, comprimidos orales, 5 mg	32
metronidazol vaginal	53	molindona, comprimidos orales, 10 mg, 25 mg	32
metronidazol, comprimidos orales	14	mometasona tópica	40
metronidazol, crema tópica	39	MONJUVI	20
metronidazol, gel tópico con bomba	39	mono-lynh	54
metronidazol, gel tópico, 0.75%	39	monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg	16
metronidazol, gel tópico, 1%	39	monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales	16
metronidazol, loción tópica	39	monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución	16
metsuximida	25	monohidrato de nitrofurantoína/macrocrist.	16
mexiletina	34	mononitrato de isosorbida	38
micofenolato sódico	21	montelukast, comprimidos orales	58
microgestin 1.5/30 (21)	54	montelukast, comprimidos orales masticables	58
microgestin 1/20 (21)	54	montelukast, paquete de gránulos orales	58
microgestin fe 1.5/30 (28)	54	morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	28
		morfina, comprimidos orales	28
		morfina, comprimidos orales, liberación prolongada	28

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i> .....	28	<i>naproxeno, suspensión oral</i> .....	29
<i>morfina, solución oral</i> .....	28	<i>naratriptán</i> .....	26
<i>morfina, solución oral concentrada</i> .....	28	NATACYN.....	55
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28	<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i> .....	44
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28	<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i> .....	44
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	28	NATPARA.....	46
MOUNJARO.....	44	NAYZILAM.....	25
MOVANTIK.....	47	<i>nebivolol</i> .....	35
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER.....	16	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	54
<i>moxifloxacina oral</i> .....	15	<i>nefazodona</i> .....	32
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i> .....	16	<i>nelarabina</i> .....	21
<i>moxifloxacina, gotas oftálmicas (ojos)</i> .....	55	<i>neomicina</i> .....	14
<i>multaq</i> .....	34	<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i> .....	55
<i>mupirocina</i> .....	39	<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i> .....	56
<i>mupirocina cálcica</i> .....	39	<i>neomicina-polimixina b gu</i> .....	40
MVASI.....	20	<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i> .....	56
MYLOTARG.....	21	<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i> .....	55
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	58	<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i> .....	56
		<i>neomicina-polimixina-hidro cortisona ótica (oído)</i> .....	42
<b>N</b>		NERLYNX.....	21
<i>nabumetona</i> .....	29	<i>nevirapina, comprimidos orales</i> .....	11
<i>naftilina inyectable</i> .....	15	<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i> .....	11
<i>naftilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos</i> .....	15	<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i> .....	11
NAFCILLIN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	15	<i>nevirapina, suspensión oral</i> .....	11
NAGLAZYME.....	46	NEXLETOL.....	37
<i>naloxona nasal</i> .....	29	NEXLIZET.....	37
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i> .....	29	<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	37
<i>naloxona, solución inyectable</i> .....	29	<i>nicardipina oral</i> .....	35
<i>naltrexona</i> .....	29	<i>nicardipina, solución intravenosa</i> .....	35
NAMZARIC.....	27	NICOTROL.....	42
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i> .....	29	NICOTROL NS.....	42
<i>naproxeno-esomeprazol</i> .....	29	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	35
<i>naproxeno, comprimidos orales</i> .....	29	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	35
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 375 mg</i> .....	29	<i>nikki (28)</i> .....	54
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 500 mg</i> .....	29	<i>nilutamida</i> .....	21
		<i>nimodipina</i> .....	35

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NINLARO	21	<i>nyamyc</i>	39
NIPENT	21	<i>nylia 1/35 (28)</i>	55
<i>nisoldipina</i>	35	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	55
<i>nistatina-triamcinolona</i>	39	<i>nymyo</i>	55
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	10	<i>nystop</i>	39
<i>nistatina, crema tópica</i>	39		
<i>nistatina, polvo tópico</i>	39	<b>O</b>	
<i>nistatina, pomada tópica</i>	39	OCALIVA	47
<i>nistatina, suspensión oral</i>	10	<i>ocella</i>	55
<i>nitazoxanida</i>	14	OCREVUS	27
<i>nitisinona</i>	41	ODEFSEY	11
<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	16	ODOMZO	21
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	38	OFEV	58
<i>nitroglicerina sublingual</i>	38	<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	55
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	38	<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	42
<i>nitroglicerina, translingual</i>	38	OGIVRI	21
NIVESTYM	48	OJJAARA	21
NORA-BE	53	<i>olanzapina intramuscular</i>	32
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	54	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg</i>	32
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	53	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg</i>	32
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	54	<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	32
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	55	<i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>	32
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	55	<i>olmesartán</i>	35
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	55	<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	35
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	55	<i>olopatadina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	56
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	55	<i>omeprazol-bicarbonato de sodio</i>	48
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	55	<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	48
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	32	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	44
<i>nortriptilina, solución oral</i>	32	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	44
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	11	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	44
NUBEQA	21	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	44
NUEDEXTA	27	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	44
NULOJIX	21	OMNIPOD GO PODS	44
NUPLAZID	32	OMNIPOD GO PODS, 10 UNIDADES/DÍA	44
NURTEC, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	26	OMNIPOD GO PODS, 15 UNIDADES/DÍA	44
NUZYRA INTRAVENOSO	16	OMNIPOD GO PODS, 20 UNIDADES/DÍA	45
NUZYRA ORAL	16	OMNIPOD GO PODS, 25 UNIDADES/DÍA	45

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OMNIPOD GO PODS, 30 UNIDADES/DÍA	45	<i>oxibato de sodio</i>	33
OMNIPOD GO PODS, 40 UNIDADES/DÍA	45	<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	28
ONCASPAR	21	<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	28
<i>ondansetrón</i>	47	<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	28
ONGENTYS	26	<i>oxicodona, concentrado oral</i>	28
ONIVYDE	21	<i>oxicodona, solución oral</i>	28
ONUREG	21	<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	28
OPDIVO	21	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	45
OPDUALAG	21		
OPSUMIT	58		
<i>oralone</i>	42		
ORENCIA CLICKJECT	52		
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	52		
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	52		
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	52		
ORENITRAM	35		
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 1	35		
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 2	35		
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 3	35		
ORGOVYX	21		
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	58		
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	58		
ORSERDU	21		
<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	11		
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	11		
OTEZLA	52		
OTEZLA, COMPRIMIDOS ORALES INICIALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	52		
<i>oxacilina inyectable</i>	15		
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	31		
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg</i>	31		
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	31		
<i>oxaliplatino</i>	21		
<i>oxaprozina, comprimidos orales</i>	29		
<i>oxazepam</i>	32		
<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	25		
<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	25		
OXERVATE	56		
		<b>P</b>	
		<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg</i>	34
		<i>pacerona, comprimidos orales, 200 mg</i>	34
		<i>pacerona, comprimidos orales, 400 mg</i>	34
		<i>paclitaxel</i>	21
		PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	21
		PADCEV	21
		<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i>	32
		<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i>	32
		<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	47
		<i>pamidronato</i>	46
		<i>pamoato de hidroxizina</i>	57
		PANRETIN	38
		<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	48
		PANZYGA	49
		PAÑOS CON ALCOHOL	50
		<i>paricalcitol, cápsulas orales, 1 mcg</i>	46
		<i>paricalcitol, cápsulas orales, 2 mcg, 4 mcg</i>	46
		<i>paromomicina</i>	14
		PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150-100 MG*	11
		PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG*	11
		<i>pazopanib</i>	21



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PEDIARIX (PF)	49	<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>	58
PEDVAX HIB (PF)	49	<i>pirfenidona, comprimidos orales, 534 mg, 801 mg</i>	58
<i>peg 3350-electrolitos</i>	47	<i>pirimetamina</i>	14
<i>peg-electrolitos, solución</i>	47	<i>pitavastatina cálcica</i>	37
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	48	<i>plenamine</i>	60
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	48	PLERIXAFOR	48
PEMAZYRE	21	PNV-DHA	60
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	21	PNV-OMEGA	60
PENBRAYA (PF)	49	PNV-SELECT	60
<i>penicilamina</i>	52	<i>podofilox, solución tópica</i>	38
<i>penicilina g potásica, sol. para reconst. inyect., 20 millones de unidades</i>	15	<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	55
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales</i>	15	POLIVY	21
<i>penicilina v potásica, solución para reconst. oral</i>	15	<i>polycin</i>	55
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	49	POMALYST	21
<i>pentamidina inyectable</i>	14	<i>portia 28</i>	55
<i>pentamidina para inhalar</i>	14	PORTRAZZA	21
PENTIPS	45	<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	10
<i>pentoxifilina</i>	37	POTASSIUM CHLORID-D5-NACL AL 0.45%	59
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	32	POTASSIUM CHLORIDE EN DEXTROSA AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	59
<i>perfenazina, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	32	POTASSIUM CHLORIDE EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	59
<i>perfenazina, comprimidos orales, 16 mg, 2 mg</i>	32	POTASSIUM CHLORIDE EN NAACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	59
PERIKABIVEN	60	POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.2%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	59
<i>perindopril erbumina</i>	35	POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.9%	59
<i>periogard</i>	42	POTELIGEO	21
PERJETA	21	PR NATAL 400	60
<i>permetrina</i>	40	PR NATAL 400 EC	60
PERSERIS	32	PR NATAL 430	60
<i>pfizerpen-g</i>	15	PR NATAL 430 EC	60
PHESGO	21	PRADAXA, CÁPSULAS ORALES, 110 MG	37
<i>philith</i>	55	PRALATREXATE	21
PIFELTRO	11	PRALUENT, LAPICERA	37
<i>pimozida</i>	32	<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	26
<i>pimtrea (28)</i>	55	<i>prasugrel</i>	37
<i>pindolol</i>	35	<i>pravastatina</i>	37
<i>pioglitazona</i>	45	<i>praziquantel</i>	14
<i>piperacilina-tazobactam</i>	15	<i>prazosina</i>	35
PIQRAY	21		
<i>pirazinamida</i>	14		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>prednisolona, solución oral</i> .....	42	PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	41
PREDNISOLONE ACETATE .....	57	PROLENSA.....	56
<i>prednisona, comprimidos orales</i> .....	42	PROLIA.....	50
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i> .....	42	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG .....	37
<i>prednisona, intensol</i> .....	42	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	37
<i>prednisona, solución oral</i> .....	42	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	37
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> .....	25	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG .....	37
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i> .....	25	<i>prometazina, comprimidos orales</i> .....	57
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i> .....	25	<i>prometazina, jarabe oral</i> .....	57
<i>pregabalina, solución oral</i> .....	25	<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i> .....	34
PREHEVBRIO (PF).....	49	<i>propafenona, comprimidos orales</i> .....	34
PREMARIN ORAL.....	53	<i>propiltiouracilo</i> .....	43
PREMARIN VAGINAL .....	53	<i>propionato de fluticasona nasal</i> .....	57
<i>premasol 10%</i> .....	60	<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i> .....	57
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO).....	60	<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i> .....	40
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....	60	<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i> .....	40
<i>prevalite, paquete de polvo oral</i> .....	37	<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i> .....	40
PREVYMIS .....	11	<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i> .....	40
PREZCOBIX .....	11	<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	35
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG .....	12	<i>propranolol, comprimidos orales</i> .....	36
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG .....	12	<i>propranolol, solución oral</i> .....	36
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL .....	12	PROQUAD (PF).....	49
PRIFTIN .....	14	PROSOL 20%.....	60
<i>primaquina</i> .....	14	<i>protriptilina</i> .....	32
<i>primidona, comprimidos orales, 125 mg</i> .....	25	PULMOZYME .....	58
<i>primidona, comprimidos orales, 250 mg, 50 mg</i> .....	25	PURIXAN .....	21
PRIORIX (PF).....	49		
<i>probenecid</i> .....	50	<b>Q</b>	
<i>probenecid/colchicina</i> .....	50	QINLOCK.....	21
<i>prochlorperazina</i> .....	47	QUADRACEL (PF) .....	49
PROCRIT.....	48	<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> ...	32
<i>procto-med hc</i> .....	47	<i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i> .....	32
<i>proctosol hc tópico</i> .....	48	<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i> .....	32
<i>proctozona-hc</i> .....	48	<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i> .....	32
<i>progesterona micronizada</i> .....	53	<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> .....	32
PROGRAF INTRAVENOSO.....	21		
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES .....	21		
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA .....	41		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 20 MG, 30 MG	33	REZUROCK	21
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 40 MG	33	RHOPRESSA	56
<i>quinapril</i>	36	<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	12
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	36	<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	12
QVAR REDIHALER, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, ACTIVACIÓN POR INHALACIÓN, 40 MCG/ACTIVACIÓN	58	<i>rifabutina</i>	14
QVAR REDIHALER, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, ACTIVACIÓN POR INHALACIÓN, 80 MCG/ACTIVACIÓN	58	<i>rifampina intravenosa</i>	14
		<i>rifampina oral</i>	14
		<i>riluzol</i>	41
		<i>rimantadina</i>	12
		RINGER'S INTRAVENOUS	59
		RINGER'S IRRIGATION	40
		RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG	52
		RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	52
		RISPERDAL CONSTA	33
		<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>	33
		<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>	33
		<i>risperidona, solución oral</i>	33
		<i>ritonavir</i>	12
		<i>rivastigmina</i>	27
		RIVELSA	55
		<i>rizatriptán</i>	26
		ROCKLATAN	56
		<i>roflumilast</i>	58
		ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	21
		<i>romidepsina, sol. para reconst. intravenosa</i>	21
		<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	26
		<i>rosuvastatina</i>	37
		ROTARIX	49
		ROTATEQ, VACUNA	49
		<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	25
		ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	21

## R

RABAVERT (PF)	49
RADICAVA	27
<i>raloxifeno</i>	50
<i>ramipril</i>	36
<i>ranolazina</i>	37
<i>rasagilina</i>	26
<i>reclipsen (28)</i>	55
RECOMBIVAX HB (PF)	49
RECTIV	48
REGRANEX	38
RENACIDIN	59
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	45
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	45
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	45
REPATHA PUSHTRONEX	37
REPATHA SURECLICK	37
REPATHA, JERINGA	37
RETACRIT	48
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	21
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	21
RETROVIR INTRAVENOSO	12
REXULTI, COMPRIMIDOS ORALES	33
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	12
REZLIDHIA	21

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	21	<i>simpesse</i>	55
ROZLYTREK, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	21	SIMULECT	22
RUBRACA	21	<i>simvastatina</i>	37
<i>rufinamida, comprimidos orales</i>	25	<i>sirolimus</i>	22
<i>rufinamida, suspensión oral</i>	25	SIRTURO	14
RUKOBIA	12	SIVEXTRO INTRAVENOSO	14
RUXIENCE	21	SIVEXTRO ORAL	14
RYALTRIS	58	SKYRIZI INTRAVENOSO	48
RYBELSUS	45	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	48
RYBREVANT	21	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	48
RYDAPT	21	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	38
RYLAZE	21	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	38
RYTARY	26	SODIUM CHLORIDE 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	41
<b>S</b>		SODIUM CHLORIDE 5 % HYPERTONIC	60
<i>sajazir</i>	58	SODIUM CHLORIDE IRRIGATION	41
SANCUSO	48	SODIUM, POTASSIUM, MAG SULFATES, SOL. PARA RECONST. ORAL, 17.5-3.13-1.6 GRAMOS, PAQUETE DE 2 (480 ML)	48
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	22	<i>solifenacina</i>	59
SANTYL	38	SOLIQUA 100/33	45
<i>sapropterina</i>	46	SOLTAMOX	22
SARCLISA	22	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	43
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	22	<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	59
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	22	SOMATULINE DEPOT	22
SE-NATAL 19, MASTICABLE	60	SOMAVERT	46
SE-NATAL-19	60	<i>sorafenib</i>	22
SECUADO	33	<i>sorine, comprimidos orales, 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	34
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	12	<i>sotalol af</i>	34
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	12	<i>sotalol oral</i>	34
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	12	SOTYLIZE	34
SEREVENT DISKUS	58	SPIRIVA RESPIMAT	58
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	33	SPIRIVA WITH HANDIHALER	58
<i>sertralina, concentrado oral</i>	33	SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 56 MG (28 MG X 2)	33
<i>setlakin</i>	55	SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 84 MG (28 MG X 3)	33
<i>sharobel</i>	53	<i>sprintec (28)</i>	55
SHINGRIX (PF)	49		
SIGNIFOR	22		
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	58		
SILVER SULFADIAZINE	38		
<i>simliya (28)</i>	55		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SPRITAM	25	sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral	16
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	22	sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso	16
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	22	sulfasalazina, comprimidos orales	48
sps (con sorbitol) oral	41	SULFASALAZINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	48
sronyx	55	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación	57
SSD	38	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020503)	57
STAMARIL (PF)	49	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983)	57
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	38	sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	57
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	38	sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización, 2.5 mg /3 ml (0.083%)	57
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	38	sulfato de albuterol, comprimidos orales	57
STIOLTO RESPIMAT	58	sulfato de albuterol, jarabe oral	57
STIVARGA	22	sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada	30
STRIBILD	12	sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales	30
subvenite	25	sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	14
subvenite, paquete inicial (azul)	25	sulfato de magnesio en agua	59
subvenite, paquete inicial (naranja)	25	sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml	59
subvenite, paquete inicial (verde)	25	sulfato de magnesio inyectable	59
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg	30	sulfato de quinidina, comprimidos orales	34
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg	30	sulfato de quinina	14
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg	30	sulfato de sodio, sulfato de potasio, sulfato de magnesio, sol. para reconst. oral, 17.5-3.13-1.6 gramos	48
succinato de loxapina	32	sulfato de tobramicina	14
succinato de metoprolol	35	sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral	41
succinato de sumatriptán oral	26	sulfuro de selenio, loción tópica	38
succinato de sumatriptán, solución subcutánea	26	sulindaco	29
succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera	26	SUMATRIPTAN SUCCINATE, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	26
succinato sódico de cloranfenicol	13	sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación	26
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	42	sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación	26
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	42	SUNLENCA ORAL	12
SUCRAID	48	SUNLENCA SUBCUTÁNEO	12
sucralfato, comprimidos orales	48	SUTAB	48
SUFLAVE	48	syeda	55
sulfacetamida sódica (acné)	39		
sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	56		
sulfacetamida-prednisolona	56		
sulfadiazina	16		
sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales	16		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SYMPAZAN .....	25	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG .....	22
SYMTUZA .....	12	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG .....	22
SYNAREL .....	46	<i>tasimelteon</i> .....	33
SYNJARDY .....	45	<i>taysofy</i> .....	55
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG ...	45	<i>tazaroteno, crema tópica</i> .....	39
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG .....	45	<i>tazicef</i> .....	13
SYNTHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG .....	46	<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg.</i> .....	36
SYNTHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG, 150 MCG, 88 MCG .....	46	TAZVERIK .....	22
<b>T</b>		TDVAX .....	49
TABLOID .....	22	TECENTRIQ .....	22
TABRECTA .....	22	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32" .....	50
<i>tacrolimus oral</i> .....	22	TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16" .....	50
<i>tacrolimus tópico</i> .....	38	TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 0 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16" .....	50
TAFINLAR, CÁPSULAS ORALES .....	22	TECVAYLI .....	22
TAFINLAR, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN .....	22	TEFLARO .....	13
TAGRISSO .....	22	<i>telmisartán</i> .....	36
TALICIA .....	48	<i>telmisartán-amlodipina</i> .....	36
TALTZ, AUTOINYECTOR .....	38	<i>telmisartán-hicroclorotiazida</i> .....	36
TALTZ, JERINGA .....	38	<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg.</i> .....	33
TALVEY .....	22	TEMODAR INTRAVENOSO .....	22
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG .....	22	<i>temsirolimus</i> .....	22
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG .....	22	TENIVAC (PF) .....	49
<i>tamoxifeno</i> .....	22	<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 450 mg.</i> .....	58
<i>tamsulosina</i> .....	59	<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	58
<i>tarina 24 fe</i> .....	55	<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg.</i> .....	58
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	55	TEPMETKO .....	22
TARON-C DHA .....	60	<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> .....	36
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i> .....	36
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> .....	35	<i>terbutalina</i> .....	58
<i>tartrato de rivastigmina</i> .....	27	<i>terconazol</i> .....	53

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>teriflunomida</i> .....	27	<i>topiramato, comprimidos orales</i> .....	25
<i>testosterona, gel transdérmico</i> .....	46	<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	22
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i> .....	46	<i>topotecán, solución intravenosa</i> .....	22
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i> .....	46	<i>toremifeno</i> .....	22
TETANUS, DIPHTHERIA TOX, PEDIÁTRICA (PF) .....	49	<i>torseמידa oral</i> .....	36
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i> .....	27	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR .....	45
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	27	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA .....	45
<i>tetraciclina, cápsulas orales</i> .....	16	TRADJENTA .....	45
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG .....	22	<i>tramadol-acetaminofeno</i> .....	29
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG .....	22	<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	29
<i>tiadylt, liberación prolongada</i> .....	36	<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg, 200 mg</i> .....	29
<i>tiagabina</i> .....	25	<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i> .....	29
TIBSOVO .....	22	<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, multifase, 24 horas, 100 mg, 200 mg</i> .....	29
TICE BCG .....	49	<i>tramadol, comprimidos orales, liberación prolongada, multifase, 24 horas, 300 mg</i> .....	29
TICOVAC .....	49	<i>trandolapril</i> .....	36
<i>tigeciclina</i> .....	14	<i>tranilcipromina</i> .....	33
<i>tilia fe</i> .....	55	TRAVASOL 10% .....	60
<i>tioridazina</i> .....	33	<i>travoprost</i> .....	56
<i>tiotepa</i> .....	22	TRAZIMERA .....	22
<i>tiotixeno</i> .....	33	<i>trazodona, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> .....	33
TIS-U-SOL PENTALYTE .....	40	<i>trazodona, comprimidos orales, 300 mg</i> .....	33
TIVDAK .....	22	TREANDA .....	22
TIVICAY PD .....	12	TRECTOR .....	14
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....	12	TRELEGY ELLIPTA .....	58
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG .....	12	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN .....	22
<i>tizanidina, comprimidos orales</i> .....	27	TRESIBA FLEXTOUCH U-100 .....	45
TOBRADEX ST .....	56	TRESIBA FLEXTOUCH U-200 .....	45
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i> .....	14	TRESIBA U-100, INSULINA .....	45
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i> .....	55	<i>tretinoína (antineoplásico)</i> .....	22
<i>tobramicina-dexametasona</i> .....	56	<i>tretinoína, crema tópica</i> .....	39
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	59	<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i> .....	39
<i>tolterodina, comprimidos orales</i> .....	59	<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i> .....	39
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG .....	46	<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba, 0.1%</i> .....	39
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i> .....	46	<i>tretinoína, microesferas, gel tópico, 0.1%</i> .....	39
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i> .....	25	<i>tri-estarylla</i> .....	55
<i>topiramato, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 200 mg</i> .....	25	<i>tri-legest fe</i> .....	55

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tri-linyah</i> .....	55	TRUMENBA .....	49
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	55	TRUQAP .....	22
<i>tri-lo-marzia</i> .....	55	TRUXIMA .....	22
<i>tri-lo-mili</i> .....	55	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	22
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	55	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG .....	22
<i>tri-mili</i> .....	55	TURALIO, CÁPSULAS ORALES, 125 MG .....	23
<i>tri-nymyo</i> .....	55	<i>turqoz (28)</i> .....	55
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	55	TWINRIX (PF) .....	49
<i>tri-vylibra</i> .....	55	TYBLUME .....	55
<i>tri-vylibra lo</i> .....	55	<i>tydemy</i> .....	55
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> .....	36	TYPHIM VI .....	49
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i> .....	40	TYVASO .....	58
<i>trientina, cápsulas orales, 250 mg</i> .....	42	TYVASO INSTITUTIONAL, KIT INICIAL .....	58
<i>trifluoperazina</i> .....	33	TYVASO, KIT DE RELLENO .....	58
<i>trifluridina</i> .....	56	TYVASO, PAQUETE INICIAL .....	58
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG .....	45	TZIELD .....	42
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG .....	45	<b>U</b>	
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL .....	58	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW .....	45
TRIKAFTA, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL .....	58	UNIFINE PENTIPS PLUS .....	45
<i>trimetoprima</i> .....	16	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW .....	45
<i>trimipramina</i> .....	33	UNIFINE PENTIPS, AGUJA, CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 1/4", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32", CALIBRE 33 X 5/32" .....	45
TRINATAL RX 1 .....	60	UNIFINE SAFECONTROL .....	45
TRINTELLIX .....	33	UNIFINE ULTRA, AGUJA PARA LAPICERA .....	45
<i>trióxido de arsénico</i> .....	16	UNITHROID .....	46
TRIPTODUR .....	22	UNITUXIN .....	23
TRIUMEQ .....	12	<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i> .....	48
TRIUMEQ PD .....	12	<i>ursodiol, comprimidos orales</i> .....	48
<i>trivora (28)</i> .....	55	<b>V</b>	
TRIZIVIR .....	12	V-GO 20 .....	45
TRODELVY .....	22	V-GO 30 .....	45
TROGARZO .....	12	V-GO 40 .....	45
TROPHAMINE 10% .....	60	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i> .....	12
TRUEPLUS, AGUJA PARA LAPICERA .....	45	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	12
TRUEPLUS, INSULINA .....	45	VALCHLOR .....	38
TRULICITY .....	45	<i>valerato de betametasona, crema tópica</i> .....	39

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i> .....	40	VELPHORO.....	42
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i> .....	40	VELTASSA.....	42
<i>valerato de estradiol</i> .....	53	VEMLIDY .....	12
<i>valerato de hidrocortisona</i> .....	40	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....	23
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i> .....	12	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	23
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i> .....	12	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	23
<i>valproato sódico</i> .....	25	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL .....	23
<i>valrubicina</i> .....	23	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada,</i> <i>24 horas, 75 mg</i> .....	33
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i> .....	36	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada,</i> <i>24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i> .....	33
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i> .....	36	<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i> .....	33
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i> .....	36	<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg,</i> <i>37.5 mg</i> .....	33
VALTOCO.....	25	VENTAVIS .....	58
<i>vancomicina inyectable</i> .....	14	VENTOLIN HFA.....	58
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i> .....	15	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG .....	36
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i> .....	15	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol.,</i> <i>24 horas</i> .....	36
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg,</i> <i>1.25 gramos, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i> .....	15	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol.,</i> <i>24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> .....	36
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral, 25 mg/ml</i> .....	15	<i>verapamilo, comprimidos orales</i> .....	36
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	14	<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i> ...	36
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	14	<i>verapamilo, solución intravenosa</i> .....	36
VANCOMYCIN, COMBO CON DILUYENTE N.º 1 .....	15	VERQUOVO.....	37
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.5 GRAMOS.....	15	VERSACLOZ .....	33
VANDAZOLE.....	53	VERZENIO .....	23
VANFLYTA.....	23	<i>vestura (28)</i> .....	55
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML .....	50	VICTOZA 3-PAK.....	45
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML.....	50	<i>vienva</i> .....	55
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML .....	49	<i>vigabatrina</i> .....	25
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML.....	49	<i>vigadrone</i> .....	25
<i>vareniclina</i> .....	42	<i>vigpoder</i> .....	25
VARIVAX (PF).....	50	<i>vilazodona</i> .....	33
VARIZIG .....	50	<i>vinblastina</i> .....	23
VECTIBIX.....	23	<i>vincristina</i> .....	23
VEKLURY .....	12	<i>vinorelbina</i> .....	23
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i> .....	55	<i>viorele (28)</i> .....	55
		VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	12
		VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG.....	12

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	12	XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 20 MG, 50 MG	23
VIREAD, POLVO ORAL	12	XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 150 MG	23
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	23	XARELTO	37
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	23	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	37
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	23	XATMEP	23
VIVITROL	29	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	26
VIZIMPRO	23	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	26
<i>volnea (28)</i>	55	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	26
VONJO	23	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	26
<i>voriconazol intravenoso</i>	10	XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	26
<i>voriconazol, comprimidos orales</i>	10	XDEMVEY	56
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	10	XELJANZ XR	52
VOSEVI	12	XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	52
VOTRIENT	23	XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	52
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	33	XERMELO	23
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	33	XGEVA	16
VUMERITY	27	XIAFLEX	42
<i>vyfemla (28)</i>	55	XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	15
<i>vylibra</i>	55	XIIDRA	56
VYNDAMAX	38	XOFLUZA, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG, 80 MG	12
VYNDAQEL	38	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	58
VYXEOS	23	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	58
		XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	58
		XOSPATA	23
		XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	23
		XTANDI, CÁPSULAS ORALES	23
		XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	23
		XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	23
		XULTOPHY 100/3.6	45
<b>W</b>			
<i>warfarina</i>	37		
WATER FOR IRRIGATION, STERILE	42		
WELIREG	23		
<i>wera (28)</i>	55		
WESCAP-PN DHA	60		
WESNATE DHA	60		
WESTAB PLUS	60		
WESTGEL DHA	60		
<i>wixela inhub</i>	58		
<i>wymzya fe</i>	55		
<b>X</b>			
XALKORI, CÁPSULAS ORALES	23		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<b>Y</b>		ZTALMY .....	26
YERVOY.....	23	ZTLIDO.....	38
YF-VAX (PF) .....	50	<i>zumandimine (28)</i> .....	55
YONDELIS.....	23	ZURZUVAE .....	33
<i>yuvafem</i> .....	53	ZYDELIG .....	23
<b>Z</b>		ZYKADIA .....	23
<i>zafirlukast</i> .....	58	ZYNLONTA .....	23
ZALTRAP .....	23	ZYNYZ .....	23
ZANOSAR .....	23	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG, 300 MG .....	33
ZEJULA, CÁPSULAS ORALES .....	23	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG .....	33
ZEJULA, COMPRIMIDOS ORALES .....	23		
ZELBORAF .....	23		
ZEMAIRA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG .....	42		
ZEMAIRA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 4,000 MG, 5,000 MG .....	42		
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000 UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES, 60,000-189,600-252,600 UNIDADES .....	48		
ZEPZELCA .....	23		
<i>zidovudina, cápsulas orales</i> .....	12		
<i>zidovudina, comprimidos orales</i> .....	12		
<i>zidovudina, jarabe oral</i> .....	12		
ZIEXTENZO .....	48		
ZIMHI.....	29		
ZIRABEV .....	23		
ZIRGAN .....	56		
ZOLADEX .....	23		
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9 NACL .....	46		
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML .....	42		
ZOLINZA .....	23		
<i>zolpidem, comprimidos orales</i> .....	33		
ZONISADE .....	26		
<i>zonisamida</i> .....	26		
<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	55		







## Multi-language Interpreter Services



**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-668-3813. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-668-3813. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-668-3813。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-668-3813。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagapagsaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-668-3813. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-668-3813. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-668-3813 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-668-3813. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-668-3813번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-668-3813. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة على أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-668-3813، وسيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

**Hindi:** हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना से संबंधित आपके किसी भी प्रश्न का जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया सेवाएँ प्राप्त करने के लिए हमें 1-800-668-3813 पर फ़ोन करें। हिन्दी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-668-3813. Un nostro incaricato che parla italiano Le l'assistenza necessaria. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que possa ter acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-668-3813. Irá encontrar alguém que fale português para o(a) ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-668-3813. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-668-3813. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康保険と薬品プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがございます。通訳をご用命になるには、1-800-668-3813にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。





**1-800-222-6700 (TTY 711)**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local,  
los 7 días de la semana.

Puede que nuestro sistema telefónico  
automático conteste sus llamadas  
durante los fines de semana del 1 de abril  
al 30 de septiembre.

**[CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com)**

Este Formulario se actualizó el 1 de abril de 2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna Healthcare al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com). Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2024 Cigna Healthcare.