

Plan de medicamentos con receta de Medicare

# Formulario de Cigna Healthcare para 2025 (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”)

**Lea este aviso:**

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

## **Plan cubierto**

Cigna Healthcare Assurance Rx (PDP)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 00025268

Este Formulario se actualizó el 19 de septiembre 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**. El Formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto con insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que esté, incluso aunque no haya pagado su deducible.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo para usted, incluso aunque no haya pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.



**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 Assurance Rx (PDP).**

**Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestros planes, que está actualizada al 19 de septiembre de 2024. Para obtener un Lista de medicamentos (Formulario) actualizada completa, 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 (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 2026, y ocasionalmente durante el año.**

### **¿Qué es el Formulario de Cigna Healthcare?**

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y Formulario con el mismo significado. Un Formulario 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).

### **¿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 el Formulario 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. Las actualizaciones al Formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: **CignaMedicare.com**.

**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:

Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales. Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos por una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una versión nueva de un medicamento en nuestro Formulario, podemos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro Formulario, pero pasarlo inmediatamente a un nivel

de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda reemplazar un producto biológico original en una farmacia sin necesidad de una receta nueva).

Si usted en este momento está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, tal vez no le notifiquemos un cambio inmediato con anticipación, 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 para usted y que sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare?”.

Es posible que no esté familiarizado con algunos de estos tipos de medicamentos. Para obtener más información, consulte la sección incluida más adelante, titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que un medicamento debe ser retirado por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestra Lista de medicamentos y avisar más adelante a los clientes que lo estén tomando.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad. Podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o el producto biológico original,

o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas.

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. Otra posibilidad es que, cuando un cliente solicite una renovación del medicamento, reciba un suministro para 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también 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 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, 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 el Formulario del nuevo año de beneficios para fijarse si hay algún cambio en los medicamentos.

La Lista de medicamentos adjunta está actualizada al 19 de septiembre 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 9. 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 9. 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 97. 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 actúan con la misma eficacia que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Muchos medicamentos de marca tienen medicamentos genéricos que pueden sustituirlos. Los medicamentos genéricos generalmente pueden reemplazar al medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

### **¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?**

En el Formulario, cuando hacemos referencia a los medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos medicamentos. Como los productos biológicos son más complejos que los típicos medicamentos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los biosimilares actúan con la misma eficacia que el producto biológico original y pueden costar menos. Algunos productos biológicos originales tienen alternativas biosimilares. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos reemplazan los medicamentos de marca.

- Para leer sobre los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura, “La Lista de medicamentos”, que explica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

### ¿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 proveedor 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 opiáceo dentro de los últimos 108 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opiáceos”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opiáceos.

Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opiáceo (pacientes con tratamiento previo con opiáceos) 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 9. 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 4 para encontrar 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.
- 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, muéstrasela 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 una restricción a la cobertura, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite a la cantidad, 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 está incluido en nuestra Lista de medicamentos o si aplicar la restricción no sería tan efectivo para usted y/o le provocaría efectos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción a la cobertura. **Cuando solicite una excepción, su proveedor deberá explicar los motivos médicos por los cuales la necesita.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración respaldatoria de su proveedor. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar hasta 72 horas para conocer la decisión podría causarle un grave perjuicio a su salud. Si estamos de acuerdo, o si su proveedor pide una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir una declaración respaldatoria de su proveedor.



#### 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/resources](http://CignaMedicare.com/resources).

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>.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está incluido en el Formulario o tiene una restricción?

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 tenga una restricción a la cobertura, como la de autorización previa. Debe hablar con su proveedor sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que usted cumple con los criterios de aprobación, sobre la posibilidad de cambiar por un medicamento alternativo que cubramos o sobre la posibilidad de solicitar una excepción a la Lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan 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 que tenga una restricción a la cobertura, 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. Si la cobertura no se aprueba 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 que comienza en la página 9 brinda información de cobertura sobre 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 97.

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.

Nosotros o su proveedor 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 9, 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** para ver el Directorio de farmacias más actualizado.

### Niveles de medicamentos y costos compartidos

Cigna Healthcare cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Lo que pague por un medicamento con receta depende del nivel en el que esté el medicamento.

**Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** Este nivel incluye los medicamentos genéricos que se recetan frecuentemente. Los medicamentos incluidos en el Nivel 1 generalmente serán la opción de mejor precio.

**Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** Este nivel incluye medicamentos genéricos que generalmente cuestan un poco más que los medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos incluidos en el Nivel 2 generalmente tienen copagos bajos.

**Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida:** Este nivel incluye medicamentos de marca preferida y algunos genéricos. Recuerde que el nombre del nivel “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.

**Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** Este nivel incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de precios más altos que no están en un nivel preferido. Es posible que haya alternativas de menor costo para usted. Pregúntele a su médico si puede usar un medicamento cubierto de un nivel inferior.

**Nivel 5 - Medicamentos de especialidad:** Este nivel incluye medicamentos de alto costo. En la mayoría de los planes, en este nivel pagará un porcentaje del costo total del medicamento, que se llama coseguro. Los medicamentos incluidos en el Nivel 5 son los más costosos de la Lista de medicamentos.

Las cantidades de costo compartido de cada nivel varían según el plan de Cigna Healthcare. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las cantidades de costo compartido específicas de su plan. Para acceder a una copia de su EOC más reciente, visite **[CignaMedicare.com/resources](https://www.cigna.com/medicare/resources)**.

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.

Por las insulinas cubiertas por nuestros planes, no pagará más de \$35 por cada receta para 30 días y \$0 por cada vacuna para adultos cubierta.

En el caso de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), 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.



## 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.....	9
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES.....	20
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC. ....	33
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS .....	53
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	60
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS.....	64
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO .....	66
SISTEMA ENDOCRINO/ DIABETES .....	67
GASTROENTEROLOGÍA .....	74
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA .....	77
SUMINISTROS VARIOS .....	79
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	81
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA .....	84
OFTALMOLOGÍA.....	88
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA .....	90
UROLÓGICOS .....	92
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS .....	93

### **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 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</i>	4	PA
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	3	
CRESEMBA, CÁPSULAS ORALES, 186 MG	5	NDS
CRESEMBA, CÁPSULAS ORALES, 74.5 MG	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>	5	NDS
<i>ketoconazol oral</i>	3	
<i>nistatina oral</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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>	5	PA; NDS
<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	
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>aciclovir, suspensión oral</i>	3	
APTIVUS	5	QL (120/30); NDS
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (630/30); NDS
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	5	NDS
COMPLERA	5	QL (30/30); NDS
<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	5	NDS
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
DOVATO	5	NDS
EDURANT	5	QL (30/30); NDS
<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>	5	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<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)
<i>etravirina</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	5	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	4	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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
<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)
LIVTENCITY	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	4	
<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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>	3	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	3	
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150-100 MG	3	QL (20/90)

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30/90)
PIFELTRO	5	NDS
PREVYMIS	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	5	QL (30/30); NDS
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	NDS
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SUNLENCA	5	NDS
SYMTUZA	5	NDS
<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	5	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	4	QL (300/30)
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

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>	4	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	4	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	2	QL (60/30)
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	4	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>cefaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	3	
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	3	
<i>cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo /50 ml, 2 gramos/50 ml</i>	4	
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO- OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/ 100 ML	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 3 gramos, 300 gramos, 500 mg</i>	4	
CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS, 3 GRAMOS	4	
<i>cefdinir</i>	4	
CEFEPIME EN DEXTROSA AL 5%	4	
<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>cefepima inyectable</i>	4	
CEFEPIME, INTRAVENOSO	4	PA
<i>cefixima</i>	4	
<i>cefotetan inyectable</i>	4	PA
<i>cefoxitina</i>	4	PA
<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA
<i>cefpodoxima</i>	4	
<i>cefprozilo</i>	3	
<i>ceftazidima</i>	4	PA
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	4	
CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE, 100 GRAMOS	4	
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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	5	PA; NDS
<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azitromicina intravenosa</i>	4	PA
<i>azitromicina, paquete oral</i>	3	
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	2	
<i>claritromicina</i>	4	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	4	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>eritromicina lactobionato</i>	4	PA
<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	5	PA; LA; NDS
<i>atovuona</i>	4	
<i>atovuona-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo</i>	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos</i>	5	PA; NDS
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
CLINDAMYCIN EN DEXTROSA AL 5%	4	PA
<i>clorhidrato de palmitato de clindamicina</i>	4	
<i>clindamicina pediátrica</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	5	PA; NDS
<i>cicloserina</i>	5	NDS
<i>dapsona oral</i>	3	
DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	NDS
EMVERM	5	NDS
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	4	
FIRVANQ	4	QL (450/10)
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
GENTAMICIN EN NAACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	2	
<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>	3	
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	
<i>metro intravenoso</i>	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>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
PRIMAQUINE	4	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	4	PA; QL (42/30)
<i>rifabutina</i>	4	
<i>rifampina</i>	4	
SIRTURO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; NDS
SIRTURO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
STREPTOMYCIN	5	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	5	PA; NDS
<i>tinidazol</i>	4	
<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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
VANCOMYCIN, INYECTABLE	4	
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg</i>	4	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS, 1.75 GRAMOS, 2 GRAMOS, 750 MG	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)
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. ORAL 25 MG/ML	4	QL (450/10)
VANCOMYCIN, COMBO CON DILUYENTE N.º 1	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	4	PA; QL (9/30)
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>PENICILINAS</b>		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	2	
<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
<b>BICILLIN L-A</b>	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	2	
<b>EXTENCILLINE</b>	4	PA
<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm., infusión secundaria intravenosa, 2 gramos/100 ml</i>	4	PA
<i>nafcilina inyectable</i>	4	PA
<i>oxacilina</i>	4	PA
<i>penicilina g potásica</i>	4	PA
<i>penicilina v potásica</i>	2	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
<b>PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS</b>	4	
<i>piperacilina-tazobactam, sol. para reconst. intravenosa, 2.25 gramos, 3.375 gramos, 4.5 gramos, 40.5 gramos</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>QUINOLONAS</b>		
<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>	4	
<b>MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER</b>	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>	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	4	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	4	
<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>	2	
<i>tetraciclina, cápsulas orales</i>	4	
<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>hipurato de metenamina</i>	4	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	3	
<i>trimetoprima</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES</b>		
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>		
<i>leucovorina cálcica inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 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>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	5	PA; NDS
ADSTILADRIN	5	PA; QL (4/90); NDS
AKEEGA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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 (180/30); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
ANKTIVA	5	PA; NDS
<i>trióxido 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>	2	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, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
BENDAMUSTINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	2	
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE, 1 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS
<i>bortezomib, sol. para reconst. inyectable, 3.5 mg</i>	5	PA; NDS
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
BOSULIF, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (330/30); 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>busulfán</i>	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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS ORALES	3	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel, solución intravenosa, 60 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel, solución intravenosa, 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, solución intravenosa, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 50 mg/25 ml</i>	4	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>doxorubicina, solución intravenosa, 20 mg/10 ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMPLICITI	5	PA; NDS
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARBUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
EPKINLY	4	PA
ERBITUX	5	B/D PA; NDS
<i>eribulina</i>	5	PA; NDS
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA, COMPRIMIDOS ORALES, 240 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	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
ETOPHOS	4	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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 (330/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 5 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	B/D PA
<i>verolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	4	
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	5	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 1 gramo/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gramos/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	4	B/D PA
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	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
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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
IMDELLTRA	5	PA; NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
IMJUDO	5	PA; LA; 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JAYPIRCA	5	PA; NDS
JEMPERLI	5	PA; NDS
JEVTANA	5	B/D PA; NDS
JYLAMVO	5	PA; NDS
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
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

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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
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	
LEUPROLIDE (3 MESES)	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUNSUMIO	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, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 16 MG/DÍA (4 MG X 4), 20 MG/DÍA (4 MG X 5)	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 16 MG/DÍA (4 MG X 4)	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG/DÍA (4 MG X 5)	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>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales, 40 mg</i>	3	PA
MEKINIST, SOL. PARA RECONST. ORAL	5	PA; QL (1200/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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>	4	
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico oral</i>	3	
<i>mitomicina intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mitoxantrona</i>	4	B/D PA
MONJUVI	5	PA; NDS
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
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	4	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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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
OGSIVEO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
OGSIVEO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
OJEMDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	PA; QL (96/28); NDS
OJEMDA, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/SEMANA (100 MG X 4)	5	PA; QL (16/28); NDS
OJEMDA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG/SEMANA (100 MG X 5)	5	PA; QL (20/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
OJEMDA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/SEMANA (100 MG X 6)	5	PA; QL (24/28); NDS
OJJAARA	5	PA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	4	B/D PA
ONIVYDE	5	PA; NDS
ONUREG	5	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	5	PA; NDS
OPDUALAG	5	PA; NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30/28); NDS
ORSERDU	5	PA; NDS
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PACLITAXEL LIGADO A PROTEÍNAS	5	PA; NDS
PADCEV	5	PA; NDS
<i>pazopanib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg</i>	4	PA
PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 750 MG	5	PA; NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
RETEVMO, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 160 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
RETEVMO, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
RETEVMO, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	PA; 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
RYBREVANT	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (224/28); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SARCLISA	5	PA; NDS
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
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	5	NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>malato de sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus, cápsulas orales</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
TAGRISSO	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	
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	5	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
TECVAYLI	4	PA
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; NDS
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
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	4	PA
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	4	PA; QL (1/168)
TRODELVY	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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
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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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
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

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 20 MG, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XATMEP	4	PA
XERMELO	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPOVIO	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, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZEJULA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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

## MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

### ANTICONVULSIVOS

APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	5	QL (180/30); NDS
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	5	QL (90/30); NDS
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	5	QL (60/30); NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	4	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (600/30); NDS
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 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</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	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, 1 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (300/30)
DIACOMIT	5	LA; NDS
<i>diazepam rectal</i>	4	
DILANTIN	4	
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	3	
EPRONTIA	4	PA
<i>etosuximida</i>	4	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	5	QL (720/30); 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	QL (30/30); NDS
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	4	QL (60/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	5	QL (60/30); NDS
<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>	4	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>	5	QL (1200/30); NDS
<i>lacosamida, solución oral</i>	4	QL (1200/30)
<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (120/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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, 1,000 mg, 750 mg</i>	3	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
LIBERVANT	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>metsuximida</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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
MOTPOLY XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	4	ST; QL (120/30)
MOTPOLY XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG	5	ST; QL (60/30); NDS
NAYZILAM	3	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</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	2	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	3	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
PRIMIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MG	4	
<i>primidona, comprimidos orales, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>roweepira, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>rufinamida, suspensión oral</i>	5	PA; NDS
<i>rufinamida, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA
<i>rufinamida, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; NDS
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	3	PA
<i>topiramato, comprimidos orales</i>	2	PA
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIGAFYDE	5	PA; QL (900/30); NDS
<i>vigpoder</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO	5	PA; QL (56/28); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (120/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (480/30); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMP. ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14)	4	PA; QL (56/365)
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMP. ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150 MG (14)-200 MG (14), 50 MG (14)-100 MG (14)	5	PA; QL (56/365); NDS
ZONISADE	5	PA; NDS
<i>zonisamida, cápsulas orales, 100 mg</i>	3	PA
<i>zonisamida, cápsulas orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1080/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>benztropina inyectable</i>	4	
<i>benztropina oral</i>	2	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</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
INBRIJA, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	5	PA; QL (300/30); NDS
ONGENTYS	3	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	2	
<i>rasagilina</i>	4	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>dihidroergotamina nasal</i>	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>naratriptán</i>	3	QL (18/28)
NURTEC, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	5	PA; QL (16/30); NDS
<i>rizatriptán, comprimidos orales</i>	3	QL (36/28)
<i>rizatriptán, comprimidos de desintegración oral</i>	4	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)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, lapicera para inyección subcutánea</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS</b>		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 12 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 24 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 6 MG	5	PA; QL (240/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4), COMP. ORALES, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO, 12-18-24-30 MG	5	PA; QL (56/365); NDS
AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4), COMP. ORALES, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; QL (84/365); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	5	PA; QL (14/30); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/365); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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)
<i>edaravona, solución intravenosa, 30 mg/100 ml</i>	4	PA
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	4	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>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12/28); NDS
KESIMPTA, EN LAPICERA	5	PA; QL (1.6/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>memantina, solución oral</i>	4	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
NUEDEXTA	5	PA; NDS
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<b>RELAJANTES MUSCULARES/ TERAPIA ANTIESPASMÓDICA</b>		
<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
BACLOFEN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	3	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantroleno oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	3	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, solución inyectable</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, jeringa inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	3	PA
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg, 400 mcg, 600 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
<b>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML</b>	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>	4	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	4	QL (180/30); NDS
<b>INFUMORPH P/F</b>	4	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, intensol</i>	4	QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>metadona, concentrado oral</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	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>	4	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml</i>	4	NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral</i>	4	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
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>		
<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>	4	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	PA; QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico, 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	4	
<i>ec- naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 375 mg</i>	2	
<i>naproxeno, comprimidos orales con recubrimiento entérico, liberación retardada (dr/ec), 500 mg</i>	3	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	
<i>ibu</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	4	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<b>KLOXXADO</b>	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</i>	2	
<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 con recubrimiento entérico, liberación retardada (dr/ec), 500 mg</i>	3	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>oxaprozina, comprimidos orales</i>	4	
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZIMHI	4	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFIL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 720 MG/2.4 ML	5	QL (2.4/56); NDS
ABILIFY ASIMTUFIL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 960 MG/3.2 ML	5	QL (3.2/56); NDS
ABILIFY MAINTENA	5	QL (1/28); NDS
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>amitriptilina</i>	4	
<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, 10 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral, 15 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<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	5	ST; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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>bupirona</i>	2	
CAPLYTA	5	QL (30/30); NDS
<i>clorpromazina</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 m, 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, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral, 100 mg, 12.5 mg, 200 mg, 25 mg</i>	4	
CLOZAPINE, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 150 MG	4	
DAYVIGO	4	QL (30/30)
<i>desipramina</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>	4	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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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)
<b>DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG</b>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	3	QL (120/30)
EMSAM	5	QL (30/30); NDS
<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	5	PA; QL (60/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (16/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO, 20 MG (2)-40 MG (26)	4	ST; QL (56/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	2	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	3	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	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	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 2 mg, 20 mg</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de imipramina</i>	4	
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	5	QL (3.5/180); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	5	QL (5/180); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	5	QL (0.75/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	5	QL (1/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	5	QL (1.5/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	5	QL (0.5/28); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	5	QL (0.88/90); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	5	QL (1.32/90); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	5	QL (1.75/90); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	5	QL (2.63/90); NDS
<i>lisdexanfetamina, comprimidos orales masticables</i>	4	QL (30/30)
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>citrato de litio</i>	2	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	
<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>	4	
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate er</i>	4	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	3	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</i>	2	
<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</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>molindona, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	
<i>molindona, comprimidos orales, 5 mg</i>	5	NDS
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>nortriptilina, solución oral</i>	3	
NUPLAZID	5	PA; QL (30/30); NDS
<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>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>	2	QL (180/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>perfenazina</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
<i>fenzina</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)
QUETIAPINE, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	2	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
REXULTI, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (30/30); NDS
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2/28)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	QL (2/28); NDS
<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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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	5	QL (30/30); NDS
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
SODIUM OXYBATE	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)

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>tioridazina</i>	4	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i>	3	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<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>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)
VERSACLOZ	5	NDS
<i>vilazodona</i>	4	QL (30/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	5	QL (30/30); NDS
<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	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	5	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	5	PA; QL (1/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## 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, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>dofetilida</i>	4	
<i>flecainida</i>	4	
<i>lidocaína (pf), intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	4	
<i>pacersona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>pacersona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>propafenona</i>	4	
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>aliskireno</i>	4	
<i>amilorida</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>amilorida- hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina- benazepril</i>	1	
<i>amlodipina- valsartán</i>	1	
<i>amlodipina- valsartán- hidroclorotiazida</i>	3	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol- clortalidona</i>	2	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril- hidroclorotiazida</i>	1	
<i>betaxolol oral</i>	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol- hidroclorotiazida</i>	1	
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>captopril</i>	4	
<i>cartia xt</i>	3	
<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>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<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, comprimidos orales, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</i>	2	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>furosemida, solución inyectable</i>	4	
<i>furosemida, solución oral</i>	2	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	1	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	2	
<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>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>losartán</i>	1	QL (60/30)
<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>	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>	1	
<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>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 1	5	PA; NDS
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 2	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 3	5	PA; NDS
ORENITRAM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 0.125 MG	4	PA
ORENITRAM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NDS
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>pindolol</i>	3	
<i>prazosina</i>	4	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>propranolol, solución oral</i>	4	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	2	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona, comprimidos orales</i>	2	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>telmisartán</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>	3	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torseמידa 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	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 360 mg</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	2	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>		
<i>ácido aminocaproico, solución oral</i>	5	NDS
<i>ácido aminocaproico, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	5	NDS
<i>ácido aminocaproico, comprimidos orales, 500 mg</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>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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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	
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%</i>	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf), solución parenteral intravenosa, 1,000 unidades/ 500 ml</i>	4	
HEPARIN (PORCINE) EN NAACL (PF), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 2,000 UNIDADES/ 1,000 ML	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 25,000 unidades/ 250 ml, 25,000 unidades/ 500 ml</i>	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/ 0.5 ml</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; 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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	2	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)

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

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	
<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>	4	
<i>pitavastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</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)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<i>digoxina, solución inyectable</i>	4	
<i>digoxina, solución oral</i>	4	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	4	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
<i>ivabradina</i>	4	PA; QL (60/30)
LANOXIN, PEDIÁTRICO	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VERQUVO	4	PA; QL (30/30)
VYND AQEL	5	PA; NDS
<b>NITRATOS</b>		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>nitroglicerina sublingual</i>	3	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	2	
<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)
COSENTYX (2 JERINGAS)	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX, INTRAVENOSO	5	PA; NDS
COSENTYX PEN	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX PEN (2 LAPICERAS)	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (10/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
COSENTYX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; QL (2.5/28); NDS
COSENTYX UNOREADY, LAPICERA	5	PA; QL (10/28); NDS
<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
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>lactato de amonio</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
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>	4	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	3	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	2	
<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 viscosa</i>	2	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	5	NDS
PANRETIN	5	NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; QL (100/30)
<i>podofilox, solución tópica</i>	4	
REGANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	QL (180/30)
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
<i>ssd</i>	3	
<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

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico, una vez al día</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	4	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	4	
<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 tópico</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica, 0.1%</i>	3	PA
<i>tazaroteno, gel tópico</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico, 0.1%</i>	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	4	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<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>	4	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	4	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	4	QL (6.6/28)
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	4	QL (45/28)
<i>econazol</i>	4	QL (85/28)
<i>ketoconazol, crema tópica</i>	2	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)

### CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>alclometasona</i>	3	
<i>dipropionato de betametasona</i>	4	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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>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>	4	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	4	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	3	QL (120/30)
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	4	QL (120/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	3	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	4	
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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>		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>tis-u-sol pentalito</i>	4	
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
<i>ácido carglúmico</i>	5	PA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CUVRIOR	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	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	

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos orales, 180 mg, 360 mg</i>	4	PA
<i>deferasirox, comprimidos orales, 90 mg</i>	3	PA
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 10% en agua (d10w)</i>	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w), jeringa intravenosa</i>	4	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram</i>	4	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
GLASSIA	5	PA; LA; NDS
<i>glutamina (anemia drepanocítica)</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>kionex (con sorbitol)</i>	3	
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	4	
<i>midodrina</i>	4	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	4	
REZDIFFRA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>cloruro de sodio al 0.9% intravenoso</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol) oral</i>	3	
<i>trientina, cápsulas orales, 250 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
TZIELD	4	PA; LA; QL (14/999)
VELTASSA	4	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	4	
XIAFLEX	5	PA; NDS
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	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	
VARENICLINE, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	4	
<i>vareniclina, comprimidos orales, 1 mg (paquete de 56)</i>	4	
<i>vareniclina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO</b>		
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>azelastina, rociador nasal no aerosol, 137 mcg (0.1%)</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	2	
<i>fluoruro (de sodio) dental</i>	2	
<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 21 mcg (0.03%)</i>	2	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 42 mcg (0.06%)</i>	3	QL (30/30)
<i>oralone</i>	4	
<i>periogard</i>	2	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	2	
<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i>	2	
<i>fluoruro de sodionitrato potásico</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i>	4	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS</b>		
<i>ácido acético ótico (oídos)</i>	3	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

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 (oídos)</i>	4	
<b>SISTEMA ENDOCRINO/ DIABETES</b>		
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>		
<i>cortisona</i>	4	
DEPO-MEDROL	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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i>	2	
<i>metilprednisolona</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyectable, 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	4	
<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), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	4	
<i>prednisona, comprimidos orales</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propiltiouracilo</i>	3	
<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>paños con alcohol</i>	3	PA
ALCOHOL, PAÑOS PREPARADOS	3	PA
PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
TOALLITAS DE ALCOHOL	3	PA
BAQSIMI	3	
BD, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
CARETOUCH, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL	3	PA
CURITY, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
<i>diazoxida</i>	5	NDS
DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL	3	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
EASY COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
EASY TOUCH, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL	3	PA
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	3	QL (30/30)
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	3	QL (60/30)
<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)
GLIPIZIDE, 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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

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)
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	3	QL (30/30)
GVOKE	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	QL (0.8/30)
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS, JERINGA SUBCUTÁNEA, 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	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	
HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA	5	NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
INSULIN LISPRO	3	
INSULIN LISPRO PROTAMIN- LISPRO	3	
TOALLITAS PARA PREPARACIÓN INTRAVENOSA	3	PA
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	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	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	
<i>metformina, solución oral</i>	1	QL (765/30)
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	QL (180/30)
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)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
PRO COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
PURE COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (240/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
RYBELSUS	3	PA; QL (30/30)
SOLQUA 100/33	3	QL (15/24)
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	

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
TRESIBA U-100, INSULINA	3	
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)
TRUE COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
TRUE COMFORT PRO, PAÑOS CON ALCOHOL	3	PA
TRULICITY	3	PA; QL (2/28)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30/30)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60/30)
<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	
<i>calcitriol, cápsulas orales</i>	2	
<i>calcitriol, solución oral</i>	3	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>mifepristona, comprimidos orales, 300 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
<i>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
RAYALDEE	5	NDS
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
SYNAREL	5	NDS
<i>cipionato de testosterona</i>	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<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)</i>	4	PA; QL (300/30)
TESTOSTERONE, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (50 MG/5 GRAMOS)	4	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 15 mg</i>	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<i>euthyrox</i>	2	
<i>levo-t</i>	3	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	2	
<i>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</i>	3	
<i>liotironina oral</i>	3	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	4	
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>		
<b>ANTIDIARREICOS/ ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	
<i>dicloamina, comprimidos orales</i>	2	
<i>difenoxilato-atropina</i>	4	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	
GLYCOPYRROLA TE (PF) EN AGUA INYECTABLE	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
<i>alosetrón</i>	4	PA
<i>aprepitant, cápsulas orales, 125 mg</i>	5	B/D PA; NDS
<i>aprepitant, cápsulas orales, 40 mg, 80 mg</i>	4	B/D PA
<i>aprepitant, cápsulas orales, paquete dosificado</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>betaína</i>	5	NDS
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	4	
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	5	NDS
CLENPIQ	4	
<i>compro</i>	4	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	5	NDS
<i>cromoglicato oral</i>	3	
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>enulosa</i>	2	
GATTEX, 30 VIALES	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
GATTEX, UN VIAL	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	3	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	2	
INFLECTRA	5	PA; QL (20/30); NDS
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
<i>lubiprostona</i>	3	QL (60/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
<i>nitroglicerina rectal</i>	4	
OCALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>ondansetrón, comp. de desintegración oral, 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>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>proctosol hc tópico</i>	2	
<i>proctozona-hc</i>	2	
RECTIV	4	
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (18/30); NDS
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 12 MG/0.6 ML	5	PA; QL (18/30); NDS
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 8 MG/0.4 ML	5	PA; QL (12/30); NDS
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</i>	3	
SUCRAID	5	PA; NDS
SUFLAVE	4	
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUTAB	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
VOWST	5	PA; LA; NDS
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	
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>		
<i>famotidina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 40 mg</i>	3	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
TALICIA	4	QL (168/180)

### INMUNOLOGÍA, VACUNAS/ BIOTECNOLOGÍA

#### MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

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 MINIQUICK, JERINGA SUBCUTÁNEA, 0.2 MG/0.25 ML	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK, JERINGA SUBCUTÁNEA, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
NIVESTYM	5	PA; NDS
NYVEPRIA	5	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
<i>plerixafor</i>	5	B/D PA; NDS
RETACRIT	4	PA

#### VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS

ABRYSVO (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	V
AREXVY (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	4	V
BEXSERO	3	V
BOOSTRIX TDAP	3	V
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
DENGVAIXIA (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA; V
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	V

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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	
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	V
INFANRIX (DTAP) (PF)	3	
IPOLE	3	V
IXCHIQ (PF)	3	V
IXIARO (PF)	4	V
JYNNEOS (PF)	3	V
KINRIX (PF)	3	
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
MRESVIA (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
PANZYGA	5	B/D PA; NDS
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	3	V

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/ 0.5 ML	3	
PREHEVBRIIO (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, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC, JERINGA INTRAMUSCULAR, 2.4 MCG/0.5 ML	3	V
TRUMENBA	3	V
TWINRIX (PF)	3	V
TYPHIM VI	3	V

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/ 0.5 ML	3	
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/ 0.5 ML	3	
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V
VARIVAX (PF)	3	V
VAXCHORA, VACUNA	3	V
XEMBIFY	5	B/D PA; NDS
YF-VAX (PF)	3	V
<b>SUMINISTROS VARIOS</b>		
<b>SUMINISTROS VARIOS</b>		
ADVOCATE, AGUJA PARA LAPICERA, CALIBRE 32 X 5/32	3	PA; QL (200/30)
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	3	PA; QL (200/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE, JERINGA, 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16	3	PA; QL (200/30)
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64"	3	PA; QL (200/30)
BD ULTRA-- FINE MICRO, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
BD ULTRA-- FINE MINI, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
CURITY, GASA, ESPONJA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	3	PA
DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 30 X 5/16"	3	PA; QL (200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 31 X 3/16"	3	PA; QL (200/30)
EASY COMFORT, AGUJA DE SEGURIDAD PARA LAPICERA, CALIBRE 31 X 3/16"	3	PA; QL (200/30)
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	3	PA
INCONTROL, AGUJA PARA LAPICERA, CALIBRE 32 X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
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	PA; QL (200/30)
MAXICOMFORT, AGUJA DE SEGURIDAD PARA LAPICERA, CALIBRE 29 X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
NOVOFINE 32	3	PA; QL (200/30)
NOVOFINE PLUS	3	PA; QL (200/30)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL (20/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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)
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)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	3	PA; QL (200/30)
PENTIPS	3	PA; QL (200/30)

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16	3	PA; QL (200/30)
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	PA; 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	PA; QL (200/30)
TRUEPLUS, INSULINA	3	PA; QL (200/30)
TRUEPLUS, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	3	PA; QL (200/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
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	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE SAFECONTROL	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE ULTRA, AGUJA PARA LAPICERA	3	PA; QL (200/30)
VERIFINE PLUS, AGUJA PARA LAPICERA- CORTANTE	3	PA; QL (200/30)
V-GO 20	3	QL (30/30)
V-GO 30	3	QL (30/30)
V-GO 40	3	QL (30/30)
<b>SISTEMA LOCOMOTOR/ REUMATOLOGÍA</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA GOTA</b>		
<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	2	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	3	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	4	ST

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
MITIGARE	3	QL (120/30)
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicina</i>	3	
<b>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS</b>		
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	2	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)
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS
<b>OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS</b>		
BENLYSTA INTRAVENOSO	5	PA; 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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
HUMIRA PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	5	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	5	PA; QL (6/365); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	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 00074)	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)	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 00074)	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	3	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
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 (51), 10 MG (4)- 20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; QL (110/365); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RINVOQ LQ	5	PA; QL (360/30); NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	5	PA; QL (168/365); NDS
YUFLYMA (CF) AI CROHN'S-UC-HS	5	PA; QL (6/28); NDS
YUFLYMA (CF), AUTOINYECTOR	5	PA; QL (6/28); NDS
YUFLYMA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
YUFLYMA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (6/28); NDS
<b>OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA</b>		
<b>ESTRÓGENOS/PROGESTINAS</b>		
<i>camila</i>	4	
<i>deblitane</i>	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>dotti</i>	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>emzahh</i>	4	
<i>errin</i>	4	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	4	QL (8/28)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	4	QL (4/28)
<i>estradiol, crema vaginal</i>	3	
<i>estradiol, comprimidos vaginales</i>	4	
<i>valerato de estradiol</i>	4	
<i>heather</i>	4	
<i>incassia</i>	4	
<i>jencycla</i>	4	
<i>lyza</i>	4	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	3	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	2	
<i>nora-be</i>	4	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	4	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMPRO	3	
<i>progesterona micronizada</i>	3	
<i>sharobel</i>	4	
<i>yuvafem</i>	4	
<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/ GINECOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>etonogestrel-etinilestradiol</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
LILETTA	3	
<i>metronidazol, gel vaginal, 0.75% (37.5 mg/5 gramos)</i>	4	
NEXPLANON	3	
<i>terconazol</i>	4	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	4	
<i>zafemy</i>	3	
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES/ AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>afirmelle</i>	4	
<i>altavera (28)</i>	4	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	4	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>amethia</i>	4	
<i>amethyst (28)</i>	4	
<i>apri</i>	4	
<i>aranelle (28)</i>	4	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aubra eq</i>	4	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	4	
<i>aurovela 24 fe</i>	4	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	4	
<i>aviane</i>	4	
<i>ayuna</i>	4	
<i>azurette (28)</i>	4	
<i>balziva (28)</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>blisovi 24 fe</i>	4	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>briellyn</i>	4	
<i>camrese</i>	4	
<i>camrese lo</i>	4	
<i>charlotte 24 fe</i>	4	
<i>chateal eq (28)</i>	4	
<i>cryselle (28)</i>	4	
<i>cyred eq</i>	4	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	4	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>daysee</i>	4	
<i>desog-e.estradiol/ e.estradiol</i>	4	
<i>desogestrel- etinilestradiol</i>	4	
<i>dolishale</i>	4	
<i>drospirenona- e.estradiol-lm.fa</i>	4	
<i>drospirenona- etinilestradiol</i>	4	
<i>elinest</i>	4	
<i>enpresse</i>	4	
<i>enskyce</i>	4	
<i>estarylla</i>	4	
<i>diacetato de etinodiol- etinilestradiol</i>	4	
<i>falmina (28)</i>	4	
<i>finzala</i>	4	
<i>gemmily</i>	4	
<i>hailey</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>hailey 24 fe</i>	4	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>iclevia</i>	4	
<i>isibloom</i>	4	
<i>jaimiess</i>	4	
<i>jasmiel (28)</i>	4	
<i>jolessa</i>	4	
<i>joyeaux</i>	4	
<i>juleber</i>	4	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>junel 1/20 (21)</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kaitlib fe</i>	4	
<i>kalliga</i>	4	
<i>kariva (28)</i>	4	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	4	
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	4	
<i>kurvelo (28)</i>	4	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	4	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>larin 1/20 (21)</i>	4	
<i>larin 24 fe</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>layolis fe</i>	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest (28)</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>levonorgestrel-etinilestradiol-hierro</i>	4	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	4	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol, comprimidos orales, 90-20 mcg (28)</i>	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses</i>	4	
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	4	
<i>levora-28</i>	4	
<i>lojaimiess</i>	4	
<i>loryna (28)</i>	4	
<i>low-ogestrel (28)</i>	4	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	4	
<i>lutura (28)</i>	4	
<i>marlissa (28)</i>	4	
<i>merzee</i>	4	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>mili</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>mono-linyah</i>	4	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nikki (28)</i>	4	
<i>noret.- etinilestradiol-hierro</i>	4	
<i>noretisterona ac- etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	4	
<i>noretisterona- etinilestradiol-hierro</i>	4	
<i>norgestimato- etinilestradiol</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	4	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	4	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>nymyo</i>	4	
<i>ocella</i>	4	
<i>philith</i>	4	
<i>pimtrea (28)</i>	4	
<i>portia 28</i>	4	
<i>reclipsen (28)</i>	4	
<i>rivelsa</i>	4	
<i>setlakin</i>	4	
<i>simliya (28)</i>	4	
<i>simpesse</i>	4	
<i>sprintec (28)</i>	4	
<i>sronyx</i>	4	
<i>syeda</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>tarina 24 fe</i>	4	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	4	
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	4	
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-linyah</i>	4	
<i>tri-lo-estarylla</i>	4	
<i>tri-lo-marzia</i>	4	
<i>tri-lo-mili</i>	4	
<i>tri-lo-sprintec</i>	4	
<i>tri-mili</i>	4	
<i>tri-nymyo</i>	4	
<i>tri-sprintec (28)</i>	4	
<i>trivora (28)</i>	4	
<i>tri-vylibra</i>	4	
<i>tri-vylibra lo</i>	4	
<i>turqoz (28)</i>	4	
<i>tydemy</i>	4	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	4	
<i>vestura (28)</i>	4	
<i>vienva</i>	4	
<i>viorele (28)</i>	4	
<i>volnea (28)</i>	4	
<i>vyfemla (28)</i>	4	
<i>vylibra</i>	4	
<i>wera (28)</i>	4	
<i>wymzya fe</i>	4	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	4	
<i>zumandimine (28)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>OFTALMOLOGÍA</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
<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 oftálmica (ojos)</i>	3	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	4	
<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	
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>trifluridina</i>	3	
ZIRGAN	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<b>BETABLOQUEANTES</b>		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	2	
<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	5	PA; QL (0.1/28); NDS
OXERVATE	5	PA; QL (112/56); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
XDEMZY	4	PA; QL (10/42)
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>lurbiprofeno sódico</i>	3	
<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.4%</i>	3	
<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	2	
<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>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
RHOPRESSA	4	
ROCKLATAN	4	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
<b>ESTEROIDES</b>		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	3	
<i>difluprednato</i>	3	
<i>fluorometolona</i>	3	
<i>etabonato de loteprednol</i>	4	
<i>acetato de prednisolona</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	4	
<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>apraclonidina</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	4	PA
<i>pamoato de hidroxizina</i>	3	PA
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina, jarabe oral</i>	4	PA
<i>prometazina, comprimidos orales</i>	2	PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<b>AGENTES PULMONARES</b>		
<i>acetilcisteína</i>	4	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (17/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (nda020503)</i>	3	QL (13.4/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (NDA020983)	3	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<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>breynda</i>	4	QL (10.3/30)
<i>budesonida para inhalar</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
CINRYZE	5	PA; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	3	B/D PA
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
FLUTICASONE PROPIONATE NASAL	2	QL (16/30)
<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
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	4	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	2	QL (30/30)
OFEV	5	PA; QL (60/30); 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
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 801 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>terbutalina</i>	4	
<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, 400 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 600 mg</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

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
TYVASO, KIT DE RELLENO	4	B/D PA
TYVASO, PAQUETE INICIAL	4	B/D PA
VENTAVIS	4	PA
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
XOLAIR, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML, 300 MG/2 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

MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
--	---	--

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<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>	2	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	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	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
RENACIDIN	4	
<i>tadalafil, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>tadalafil, comprimidos orales, 5 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<b>VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS</b>		
<b>ELECTROLITOS</b>		
<i>klor-con</i>	2	
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	4	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.45%</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*



## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 10 meq/l, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	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	
POTASSIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 2 MEQ/ML	4	
<i>cloruro de potasio, solución intravenosa, 2 meq/ml (20 ml)</i>	4	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/ límites
<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	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.9%</i>	4	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<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	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 5%</i>	4	
<i>cloruro de sodio, solución intravenosa, 2.5 meq/ml</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
SODIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MEQ/ML	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
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	4	
<i>intralipid, emulsión intravenosa, 20%</i>	4	B/D PA
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/límites
<i>premasol 10%</i>	5	B/D PA; NDS
PROSOL 20%	4	B/D PA
<i>travasol 10%</i>	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
<b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>		
<i>bal-care dha</i>	3	
<i>c-nate dha</i>	3	
<i>complete natal dha</i>	3	
<i>elite-ob</i>	3	
<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	
<i>folivane-ob</i>	3	
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
<i>m-natal plus</i>	3	
<i>pnv-dha</i>	3	
<i>pnv-omega</i>	3	
<i>pnv-select</i>	3	
<i>pr natal 400</i>	3	
<i>pr natal 400 ec</i>	3	
<i>pr natal 430</i>	3	
<i>pr natal 430 ec</i>	3	
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

## Medicamentos cubiertos por categoría

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos/ límites</b>
<i>vitaminas prenatales plus con bajo contenido de hierro</i>	3	
<i>se-natal 19, masticable</i>	3	
<i>se-natal-19</i>	3	
<i>taron-c dha</i>	3	
<i>trinatal rx 1</i>	3	
<i>wescap-pn dha</i>	3	
<i>wesnate dha</i>	3	
<i>westab plus</i>	3	
<i>westgel dha</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 8.

# Índice

## A

<i>abacavir</i> .....	9	ADVAIR HFA .....	90	<i>ampicilina sódica</i> .....	18
<i>abacavir-lamivudina</i> .....	9	ADVOCATE, AGUJA		<i>ampicilina-sulbactam</i> .....	18
ABELCET .....	9	PARA LAPICERA .....	79	<i>anagrelida</i> .....	64
ABILIFY ASIMTUFII .....	44	<i>afirmelle</i> .....	85	<i>anastrozol</i> .....	20
ABILIFY MAINTENA .....	44	<i>agua para irrigación,</i>		<i>anfotericina b</i> .....	9
<i>abiraterona</i> .....	20	<i>estéril</i> .....	66	<i>anfotericina b liposomal</i> .....	9
ABRAXANE .....	20	AGUJA PARA LAPICERA		ANKTIVA .....	20
ABRYSVO (PF) .....	77	PARA DIABETES .....	80	ANORO ELLIPTA .....	90
<i>acamprosato</i> .....	64	AJOVY,		<i>apraclonidina</i> .....	89
<i>acarbosa</i> .....	68	AUTOINYECTOR .....	38	<i>aprepitant</i> .....	74
<i>acebutolol</i> .....	53	AJOVY, JERINGA .....	38	<i>apri</i> .....	85
<i>acetaminofeno-codeína</i> .....	41	AKEEGA .....	20	APTIOM .....	33
<i>acetato de metilprednisolona</i> .....	67	<i>ala-cort</i> .....	63	APTIVUS .....	9
<i>acetato de noretisterona</i> .....	84	<i>albendazol</i> .....	15	<i>aranelle (28)</i> .....	85
<i>acetato de noretisterona-</i>		ALBUTEROL SULFATE .....	90	ARCALYST .....	77
<i>etinilestradiol</i> .....	87	<i>alclometasona</i> .....	63	AREXVY (PF) .....	77
<i>acetato de octreotida</i> .....	28	ALCOHOL, PAÑOS		<i>arformoterol</i> .....	91
<i>acetato de prednisolona</i> .....	89	PREPARADOS .....	68	ARIKAYCE .....	15
<i>acetazolamida</i> .....	89	ALDURAZYME .....	72	<i>aripiprazol</i> .....	44
<i>acetazolamida sódica</i> .....	89	ALECENSA .....	20	ARNUITY ELLIPTA .....	91
<i>acetilcisteína</i> .....	90	<i>alendronato</i> .....	82	<i>ashlyna</i> .....	85
<i>acetónido de fluocinolona,</i>		<i>alfuzosina</i> .....	93	ASSURE ID, JERINGA	
<i>aceite</i> .....	67	ALIQOPA .....	20	DE SEGURIDAD	
<i>acetónido de triamcinolona</i> .....	64, 67	<i>aliskireno</i> .....	53	PARA INSULINA .....	79
<i>aciclovir</i> .....	9	<i>alopurinol</i> .....	81	<i>atazanavir</i> .....	9
<i>aciclovir sódico</i> .....	9	<i>alosetrón</i> .....	74	<i>atenolol</i> .....	53
<i>ácido acético</i> .....	66	<i>alprazolam</i> .....	44	<i>atenolol-clortalidona</i> .....	53
<i>ácido aminocaproico</i> .....	57	<i>altavera (28)</i> .....	85	ATGAM .....	77
<i>ácido carglúmico</i> .....	64	ALUNBRIG .....	20	<i>atomoxetina</i> .....	44
<i>ácido fenofibrico (colina)</i> .....	58	<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	85	<i>atorvastatina</i> .....	58
<i>ácido tranexámico</i> .....	85	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	85	<i>atovacuna</i> .....	15
<i>ácido valproico</i> .....	37	<i>ambrisentán</i> .....	90	<i>atovacuna-proguanil</i> .....	15
<i>ácido valproico (como sal</i>		<i>amethia</i> .....	85	<i>atropina</i> .....	88
<i>sódica</i> ) .....	37	<i>amethyst (28)</i> .....	85	ATROVENT HFA .....	91
<i>ácido zoledrónico</i> .....	73	<i>amikacina</i> .....	15	<i>aubra eq</i> .....	85
<i>ácido zoledrónico-manitol-</i>		<i>amilorida</i> .....	53	AUGTYRO .....	20
<i>agua</i> .....	66, 73	<i>amilorida-hidroclorotiazida</i> .....	53	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	85
<i>acitretina</i> .....	60	<i>amiodarona</i> .....	53	<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	85
ACTHIB (PF) .....	77	<i>amitriptilina</i> .....	44	<i>aurovela 24 fe</i> .....	85
ACTIMMUNE .....	77	<i>amlodipina</i> .....	53	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	85
ADACEL (TDAP		<i>amlodipina-benazepril</i> .....	53	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	85
ADOLESC./ADULTOS)		<i>amlodipina-valsartán</i> .....	53	AUSTEDO .....	39
(PF) .....	77	<i>amlodipina-valsartán-</i>		AUSTEDO XR .....	39
<i>adapaleno</i> .....	61	<i>hidroclorotiazida</i> .....	53	AUSTEDO XR, PAQUETE	
ADCETRIS .....	20	<i>amoxapina</i> .....	44	DE AJUSTE DE DOSIS	
ADEMPAS .....	90	<i>amoxicilina</i> .....	18	(SEMANA 1-4) .....	39
ADSTILADRIN .....	20	<i>amoxicilina-clavulanato</i>		AUVELITY .....	44
		<i>de pot.</i> .....	18	<i>aviane</i> .....	85
		<i>ampicilina</i> .....	18	<i>ayuna</i> .....	85

AYVAKIT.....	20	BESREMI.....	77	<i>camrese lo</i> .....	85
<i>azacitidina</i> .....	20	<i>betaina</i> .....	74	<i>candesartán</i> .....	53
<i>azatioprina</i> .....	20	<i>betametasona, aumentada</i> .....	63	<i>candesartán-</i>	
<i>azatioprina sódica</i> .....	20	BETASERON.....	77	<i>hidroclorotiazida</i> .....	54
<i>azelastina</i> .....	66, 88	<i>betaxolol</i> .....	53	CAPLYTA.....	45
<i>azitromicina</i> .....	14	<i>bexaroteno</i> .....	21	CAPRELSA.....	21
<i>aztreonam</i> .....	15	BEXSERO.....	77	<i>captopril</i> .....	54
<i>azurette (28)</i> .....	85	<i>bicalutamida</i> .....	21	<i>carbamazepina</i> .....	34
<b>B</b>		<i>bicarbonato de sodio</i> .....	94	<i>carbidopa</i> .....	38
<i>bacitracina</i> .....	88	BICILLIN L-A.....	18	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	38
<i>bacitracina-polimixina b</i> .....	88	BIKTARVY.....	10	<i>carbonato de litio</i> .....	49
BACLOFEN.....	40	<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i> .....	53	<i>carboplatino</i> .....	21
<i>baclofeno</i> .....	40	<i>bleomicina</i> .....	21	CARETOUCH, PAÑOS	
<i>bal-care dha</i> .....	95	BLINCYTO.....	21	PREPARADOS CON	
<i>balsalazida</i> .....	74	<i>blisovi 24 fe</i> .....	85	ALCOHOL.....	68
BALVERSA.....	20	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	85	<i>carmustina</i> .....	21
<i>balziva (28)</i> .....	85	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	85	<i>carteolol</i> .....	88
BAQSIMI.....	68	BOOSTRIX TDAP.....	77	<i>cartia xt</i> .....	54
BARACLUDE.....	10	<i>bortezomib</i> .....	21	<i>carvedilol</i> .....	54
BAVENCIO.....	20	BORTEZOMIB.....	21	<i>caspofungina</i> .....	9
BCG (PF), VACUNA		BOSULIF.....	21	CAYSTON.....	15
CON VIRUS VIVOS.....	77	BRAFTOVI.....	21	<i>cefaclor</i> .....	13
BD INSULIN SYRINGE		BREO ELLIPTA.....	91	<i>cefadroxilo</i> .....	13
ULTRA-FINE.....	79	<i>breyna</i> .....	91	<i>cefalexina</i> .....	14
BD SAFETYGLIDE,		<i>briellyn</i> .....	85	CEFAZOLIN.....	13, 14
JERINGA PARA		BRILINTA.....	57	CEFAZOLIN EN	
INSULINA.....	79	<i>brimonidina</i> .....	89, 90	DEXTOSA	
BD ULTRA-FINE		<i>brimonidina-timolol</i> .....	89	(ISO-OSM.).....	13
MICRO, AGUJA		BRIVIACT.....	33	<i>cefazolina</i> .....	13
PARA LAPICERA.....	79	<i>bromocriptina</i> .....	38	<i>cefazolina en dextrosa</i>	
BD ULTRA-FINE		<i>bromuro de ipratropio</i> .....	66, 91	( <i>iso-osm.</i> ).....	13
MINI, AGUJA PARA		<i>bromuro de piridostigmina</i> .....	41	<i>cefdinir</i> .....	14
LAPICERA.....	79	BRUKINSA.....	21	<i>cefepima</i> .....	14
BD ULTRA-FINE		<i>budesonida</i> .....	74, 91	<i>cefepima en dextrosa,</i>	
NANO, AGUJA		<i>bumetanida</i> .....	53	<i>iso-osm.</i> .....	14
PARA LAPICERA.....	79	<i>buprenorfina-naloxona</i> .....	43	CEFEPIME.....	14
BD ULTRA-FINE		<i>buspirona</i> .....	45	CEFEPIME EN	
SHORT, AGUJA		<i>busulfán</i> .....	21	DEXTOSA AL 5%.....	14
PARA LAPICERA.....	79	<i>butorfanol</i> .....	43	<i>cefixima</i> .....	14
BD, PAÑOS CON		<b>C</b>		<i>cefotetan</i> .....	14
ALCOHOL.....	68	CABENUVA.....	10	<i>cefexitina</i> .....	14
BELEODAQ.....	20	<i>cabergolina</i> .....	72	<i>cefexitina en dextrosa,</i>	
<i>benazepril</i> .....	53	CABOMETYX.....	21	<i>iso-osm.</i> .....	14
<i>benazepril-</i>		<i>calcipotrieno</i> .....	60	<i>cefpodoxima</i> .....	14
<i>hidroclorotiazida</i> .....	53	<i>calcitonina (salmón)</i> .....	72	<i>cefprozilo</i> .....	14
<i>bendamustina</i> .....	20	<i>calcitriol</i> .....	72	<i>ceftazidima</i> .....	14
BENDAMUSTINE.....	21	CALQUENCE.....	21	<i>ceftriaxona</i> .....	14
BENDEKA.....	21	CALQUENCE		<i>ceftriaxona en dextrosa,</i>	
BENLYSTA.....	82	(ACALABRUTINIB		<i>iso-osm.</i> .....	14
<i>benzatropina</i> .....	38	MAL).....	21	CEFTRIAZONE.....	14
BESIVANCE.....	88	<i>camila</i> .....	84	<i>cefuroxima axetilo</i> .....	14
BESPONSA.....	21	<i>camrese</i> .....	85	<i>cefuroxima sódica</i> .....	14
				<i>celecoxib</i> .....	43

CEREZYME .....	72	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS).....	95	<i>cloruro de potasio en agua</i> ....	94
<i>charlotte 24 fe</i> .....	85	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS.....	64	<i>cloruro de potasio en dext.</i> <i>al 5%</i> .....	94
<i>chateal eq (28)</i> .....	85	CLINISOL SF 15% .....	95	<i>cloruro de potasio en lr-d5</i> ....	94
CHEMET.....	64	<i>clobazam</i> .....	34	<i>cloruro de potasio en nacl</i> <i>al 0.9%</i> .....	94
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA.....	73	<i>clofarabina</i> .....	21	<i>cloruro de potasio-d5-nacl</i> <i>al 0.2%</i> .....	94
<i>ciclobenzaprina</i> .....	40	<i>clomipramina</i> .....	45	<i>cloruro de potasio-d5-nacl</i> <i>al 0.45%</i> .....	93
<i>ciclodan</i> .....	62	<i>clonazepam</i> .....	34	<i>cloruro de potasio-d5-nacl</i> <i>al 0.9%</i> .....	94
<i>ciclofosfamida</i> .....	22	<i>clonidina</i> .....	54	<i>cloruro de potasio-nacl al</i> <i>0.45%</i> .....	94
<i>ciclopirox</i> .....	62	<i>clopidogrel</i> .....	57	<i>cloruro de sodio</i> .....	66, 94
<i>cicloserina</i> .....	15	<i>clorazepato dipotásico</i> .....	45	<i>cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	94
<i>ciclosporina</i> .....	22, 88	<i>clorhidrato de amantadina</i> .....	9	<i>cloruro de sodio al 0.9%</i> .....	65
<i>ciclosporina modificada</i> .....	22	<i>clorhidrato de buprenorfina</i> ...	41	<i>cloruro de sodio hipertónico</i> <i>al 3%</i> .....	94
<i>cilostazol</i> .....	57	<i>clorhidrato de bupropión</i> .....	45	<i>cloruro de sodio hipertónico</i> <i>al 5%</i> .....	94
CIMDUO .....	10	<i>clorhidrato de bupropión</i> (agente para dejar de fumar) .....	66	<i>clotrimazol</i> .....	9, 62
<i>cinacalcet</i> .....	73	<i>clorhidrato de</i> <i>ciprofloxacina</i> .....	19, 88	<i>clotrimazol-betametasona</i> .....	63
CINRYZE.....	91	<i>clorhidrato de clindamicina</i> ...	15	<i>clozapina</i> .....	45
<i>cipionato de testosterona</i> .....	73	<i>clorhidrato de clonidina</i> .....	54	CLOZAPINE .....	45
<i>ciprofloxacina</i> .....	19	<i>clorhidrato de</i> <i>difenhidramina</i> .....	90	<i>c-nate dha</i> .....	95
<i>ciprofloxacina en dextrosa</i> <i>al 5%</i> .....	19	<i>clorhidrato de diltiazem</i> .....	54	COARTEM .....	15
<i>ciprofloxacina-</i> <i>dexametasona</i> .....	67	<i>clorhidrato de</i> <i>flufenazina</i> .....	47, 48	<i>colchicina</i> .....	81
<i>cisplatino</i> .....	21	<i>clorhidrato de granisetron</i> .....	75	<i>colestipol</i> .....	58
<i>citalopram</i> .....	45	<i>clorhidrato de hidroxizina</i> .....	90	<i>colestiramina (con azúcar)</i> ...	58
<i>citarabina</i> .....	22	<i>clorhidrato de imipramina</i> .....	48	<i>colestiramina suave</i> .....	58
<i>citarabina (pf)</i> .....	22	<i>clorhidrato de lidocaína</i> .....	61	<i>colestiramina-aspartamo</i> .....	58
<i>citrato de fentanilo</i> .....	41	<i>clorhidrato de melfalán</i> .....	28	<i>colistina (colistimetato</i> <i>sódico)</i> .....	15
<i>citrato de litio</i> .....	49	<i>clorhidrato de metilfenidato</i> ...	49	COLUMVI.....	21
<i>citrato de potasio</i> .....	93	<i>clorhidrato de</i> <i>metoclopramida</i> .....	75	COMBIVENT RESPIMAT ..	91
<i>cladribina</i> .....	21	<i>clorhidrato de ondansetrón</i> ...	75	COMETRIQ.....	21, 22
<i>claravis</i> .....	61	<i>clorhidrato de ondansetrón</i> (pf).....	75	COMPLERA.....	10
<i>claritromicina</i> .....	14	<i>clorhidrato de paroxetina</i> .....	50	<i>complete natal dha</i> .....	95
CLENPIQ .....	74	<i>clorhidrato de</i> <i>pilocarpina</i> .....	65, 88	<i>compro</i> .....	74
<i>clindamicina pediátrica</i> .....	15	<i>clorhidrato de selegilina</i> .....	38	<i>constulosa</i> .....	74
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	15	<i>clorhidrato de terbinafina</i> .....	9	COPIKTRA.....	22
CLINDAMYCIN EN DEXTROSA AL 5%.....	15	<i>clorhidrato de ziprasidona</i> .....	52	CORLANOR .....	59
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS .....	95	<i>clorhirato de palmitato de</i> <i>clindamicina</i> .....	15	CORTIFOAM.....	74
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS .....	95	<i>clorotiazida sódica</i> .....	54	<i>cortisona</i> .....	67
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS) .....	95	<i>clorpromazina</i> .....	45	COSENTYX .....	60
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS) .....	95	<i>clortalidona</i> .....	54	(2 JERINGAS).....	60
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS) .....	95	<i>cloruro de betanecol</i> .....	93	COSENTYX PEN.....	60
		<i>cloruro de oxibutinina</i> .....	93	(2 LAPICERAS).....	60
		<i>cloruro de potasio</i> .....	94		

COSENTYX UNOREADY, LAPICERA .....	60	DELSTRIGO .....	10	<i>dihidroergotamina</i> .....	38
COTELLIC .....	22	DENGVAZIA (PF) .....	77	DILANTIN.....	34
CRESEMBA .....	9	DEPO-MEDROL .....	67	<i>dilt-xr</i> .....	54
<i>cromoglicato</i> .....	74, 88, 91	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	84	<i>dimetilfumarato</i> .....	39
<i>cryselle (28)</i> .....	85	DESCOVY .....	10	<i>dinitrato de isosorbida</i> .....	59
CURITY, GASA .....	79	<i>desipramina</i> .....	45	<i>dipiridamol</i> .....	57
CURITY, PAÑOS CON ALCOHOL.....	68	<i>desloratadina</i> .....	90	<i>dipropionato de betametasona</i> .....	63
CUVRIOR.....	64	<i>desmopresina</i> .....	73	<i>disoproxilo de efavirenz- lamivudina-tenofovir</i> .....	10
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	22	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> ..	85	<i>disulfiram</i> .....	65
CYRAMZA.....	22	<i>desogestrel-etinilestradiol</i> .....	85	<i>divalproex</i> .....	34
<i>cyred eq</i> .....	85	<i>desoximetasona</i> .....	63	<i>docetaxel</i> .....	22
CYSTAGON.....	93	<i>dexametasona</i> .....	67	<i>dofetilida</i> .....	53
CYSTARAN .....	88	<i>dexametasona, intensol</i> .....	67	<i>dolishale</i> .....	85
<b>D</b>		<i>dexmetilfenidato</i> .....	46	<i>donepezilo</i> .....	39, 40
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	64	<i>dextroanfetamina-</i> <i>anfetamina</i> .....	46	DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)....	57
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	64	<i>dextrosa al 10% en agua (d10w)</i> .....	65	DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)....	57
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i> .....	64	<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i> .....	65	DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)....	57
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	65	<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i> .....	65	<i>dorzolamida</i> .....	89
<i>dacarbazina</i> .....	22	<i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i> .....	65	<i>dorzolamida-timolol</i> .....	89
<i>dactinomicina</i> .....	22	<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i> .....	65	<i>dotti</i> .....	84
<i>dalfampridina</i> .....	39	<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i> .....	65	DOVATO .....	10
<i>danazol</i> .....	73	<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i> ....	65	<i>doxazosina</i> .....	54
<i>dantroleno</i> .....	40	<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i> .....	65	<i>doxepina</i> .....	46
DANYELZA.....	22	<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i> .....	65	<i>doxercalciferol</i> .....	73
<i>dapsona</i> .....	15	DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W).....	65	<i>doxiciclina-100</i> .....	19
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF) .....	77	DEXTROSE 50% EN AGUA (D50W).....	65	<i>doxorubicina</i> .....	22, 23
<i>daptomicina</i> .....	16	DIACOMIT .....	34	<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i> .....	23
DAPTOMYCIN .....	16	<i>diazepam</i> .....	34, 46	DRIZALMA SPRINKLE.....	46, 47
DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	15	<i>diazepam, intensol</i> .....	46	<i>dronabinol</i> .....	74
<i>darunavir</i> .....	10	<i>diazoxida</i> .....	68	DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA .....	79
DARZALEX .....	22	<i>diciclomina</i> .....	74	DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA .....	79
DARZALEX FASPRO.....	22	<i>diclofenaco potásico</i> .....	43	DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA .....	80
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	85	<i>diclofenaco sódico</i> .....	43, 89	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL.....	68
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	85	<i>dicloxacilina</i> .....	18	<i>drosipirenona-</i> <i>e.estradiol-lm.fa</i> .....	85
<i>daunorrubicina</i> .....	22	<i>difenoxilato-atropina</i> .....	74	<i>drosipirenona-etinilestradiol</i> ..	85
DAURISMO .....	22	DIFICID .....	14	DROXIA .....	23
<i>daysee</i> .....	85	<i>diflunisal</i> .....	43	<i>droxidopa</i> .....	65
DAYVIGO .....	45	<i>difluprednato</i> .....	89	DUAVEE .....	84
<i>deblitane</i> .....	84	<i>digoxina</i> .....	59		
<i>decanoato de flufenazina</i> .....	47				
<i>decanoato de haloperidol</i> .....	48				
<i>decitabina</i> .....	22				
<i>deferasirox</i> .....	65				

<i>duloxetine</i> .....	47	ENGERIX-B (PF), USO	<i>euthyrox</i> .....	74
DUPIXENT, JERINGA .....	61	PEDIÁTRICO .....	<i>everolimus (antineoplásico)</i> ...	23
DUPIXENT,		ENHERTU.....	<i>everolimus</i>	
LAPICERA .....	60, 61	<i>enoxaparina</i> .....	( <i>inmunodepresor</i> ) .....	23
<i>dutasterida</i> .....	93	<i>enpresse</i> .....	EVOMELA .....	23
<b>E</b>		<i>enskyce</i> .....	EVOTAZ .....	10
EASY COMFORT,		<i>entacapona</i> .....	<i>exemestano</i> .....	23
AGUJA DE SEGURIDAD		<i>entecavir</i> .....	EXTENCILLINE .....	18
PARA LAPICERA.....	80	ENTRESTO.....	EYLEA .....	88
EASY COMFORT, PAÑOS		<i>enulosa</i> .....	<i>ezetimiba</i> .....	58
CON ALCOHOL .....	68	ENVARUSUS XR.....	<i>ezetimiba-simvastatina</i> .....	58
EASY TOUCH, PAÑOS		EPIDIOLEX .....	<b>F</b>	
PREPARADOS CON		<i>epinefrina</i> .....	FABRAZYME.....	73
ALCOHOL.....	68	EPINEPHRINE.....	<i>falmina (28)</i> .....	85
<i>ec-naproxeno</i> .....	43	<i>epirubicina</i> .....	<i>famciclovir</i> .....	10
<i>econazol</i> .....	63	<i>epitol</i> .....	<i>famotidina</i> .....	76
<i>edaravone</i> .....	40	EPKINLY .....	FANAPT .....	47
EDARBI .....	54	EPRONTIA .....	FARXIGA .....	68
EDARBYCLOR .....	54	ERBITUX .....	FARYDAK .....	23
<i>edisilato de proclorperazina</i> ..	75	<i>ergotamina-cafeína</i> .....	<i>febuxostat</i> .....	81
EDURANT .....	10	<i>eribulina</i> .....	<i>felbamato</i> .....	34
<i>efavirenz</i> .....	10	<i>eritromicina</i> .....	<i>felodipina</i> .....	54
<i>efavirenz-emtricitabina-</i>		.....15, 88	<i>fenelzina</i> .....	50
<i>tenofovir</i> .....	10	<i>eritromicina con etanol</i> .....	<i>fenilbutirato sódico</i> .....	66
ELAPRASE .....	73	<i>eritromicina lactobionato</i> .....	<i>fenitoína</i> .....	36
<i>electrolitos-48 en d5w</i> .....	95	<i>eritromicina, paños</i> .....	<i>fenitoína sódica</i> .....	36
<i>elinst</i> .....	85	<i>eritromicina-peróxido de</i>	<i>fenitoína sódica, liberación</i>	
ELIQUIS.....	57	<i>benzoilo</i> .....	.....	36
ELIQUIS, TRATAMIENTO		ERIVEDGE .....	<i>fenobarbital</i> .....	36
INICIAL PARA		ERLEADA.....	<i>fenobarbital sódico</i> .....	36
TROMBOSIS VENOSA		<i>erlotinib</i> .....	<i>fenofibrato</i> .....	58
PROFUNDA/EMBOLIA		<i>errin</i> .....	<i>fenofibrato micronizado</i> .....	58
PULMONAR, 30 DÍAS ....	57	<i>ertapenem</i> .....	<i>fenofibrato</i>	
<i>elite-ob</i> .....	95	ERYTHROCIN.....	<i>nanocristalizado</i> .....	58
ELMIRON.....	93	<i>escopolamina base</i> .....	<i>fentanilo</i> .....	41
ELREXFIO .....	23	<i>espirolactona</i> .....	FETZIMA.....	47
ELZONRIS .....	23	<i>espirolactona-</i>	<i>finasterida</i> .....	93
EMPLICITI.....	23	<i>hidroclorotiazida</i> .....	FINTEPLA.....	34
EMSAM.....	47	<i>estarylla</i> .....	<i>finzala</i> .....	85
<i>emtricitabina</i> .....	10	<i>estearato de eritrocina</i> .....	FIRMAGON, KIT CON	
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i> ..	10	<i>estradiol</i> .....	JERINGA DILUYENTE...	24
EMTRIVA.....	10	<i>etabonato de loteprednol</i> .....	FIRVANQ .....	16
EMVERM .....	16	<i>etacrinato sódico</i> .....	<i>flac, aceite ótico</i> .....	66
<i>emzahn</i> .....	84	<i>etambutol</i> .....	<i>flecainida</i> .....	53
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i> ....	54	<i>etilo de icosapento</i> .....	<i>floxuridina</i> .....	24
<i>enantato de testosterona</i> .....	73	<i>etilsuccinato de</i>	<i>flucitosina</i> .....	9
ENBREL.....	82	<i>eritromicina</i> .....	<i>fluconazol</i> .....	9
ENBREL MINI.....	82	<i>etiadiol diac-etinilestradiol</i> ....	<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i> ...	9
ENBREL SURECLICK .....	82	<i>etonogestrel-etinilestradiol</i> ....	<i>fludarabina</i> .....	24
<i>endocet</i> .....	41	ETOPOPHOS.....	<i>fludrocortisona</i> .....	67
ENGERIX-B (PF) .....	77	<i>etopósido</i> .....	<i>flunisolida</i> .....	91
		<i>etosuximida</i> .....	<i>fluocinolona</i> .....	63
		<i>etravirina</i> .....		



<i>fluocinolona y gorra</i>	GATTEX, UN VIAL.....75	GVOKE HYPOPEN,
<i>de baño</i> .....63	GATTEX, VIAL DE 30.....74	PAQUETE DE 2 .....69
<i>fluocinonida</i> ..... 63, 64	<i>gavilyte-c</i> .....75	GVOKE PFS, PAQUETE
<i>fluorometolona</i> .....89	GAVRETO .....24	CON 1 JERINGA.....69
<i>fluorouracilo</i> .....24, 61	GAZYVA.....24	GVOKE PFS, PAQUETE
<i>fluoruro (de sodio)</i> .....66, 95	<i>gefitinib</i> .....24	CON 2 JERINGAS .....69
<i>fluoruro de sodio 5000 para</i>	<i>gemcitabina</i> .....24	<b>H</b>
<i>sequedad en la boca</i> .....66	GEMCITABINE .....24	<i>hailey</i> .....85
<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i> ...66	<i>gemfibrozil</i> .....59	<i>hailey 24 fe</i> .....86
<i>fluoruro de sodio-nitrato</i>	<i>gemmily</i> .....85	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....86
<i>potásico</i> .....66	<i>generlac</i> .....75	<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....86
<i>fluoruro Ludent</i> .....95	<i>gengraf</i> .....24	HALAVEN .....24
<i>fluoxetina</i> .....47	GENOTROPIN .....77	<i>haloperidol</i> .....48
<i>flurbiprofeno</i> .....43	GENOTROPIN	HAVRIX (PF).....78
<i>flurbiprofeno sódico</i> .....89	MINIQUICK .....77	<i>heather</i> .....84
FLUTICASONE	GENTAMICIN EN NAACL	HEPARIN (PORCINE)
PROPIONATE .....91	(ISO-OSM.) .....16	EN NAACL (PF).....57
<i>fluvastatina</i> .....58, 59	<i>gentamicina</i> .....16, 62, 88	<i>heparina (porcina)</i> .....57
<i>fluvoxamina</i> .....48	<i>gentamicina en nacl</i>	<i>heparina (porcina) en dext.</i>
<i>folivane-ob</i> .....95	<i>(iso-osm.)</i> .....16	<i>al 5%</i> .....57
FOLOTYN .....24	GENVOYA .....10	<i>heparina (porcina) en nacl</i>
<i>fomepizol</i> .....77	GILOTRIF .....24	<i>(pf)</i> .....57
<i>fondaparinux</i> .....57	GLASSIA.....65	<i>heparina (porcina), en nacl</i>
FORTEO.....82	<i>glatiramer</i> .....40	<i>al 0.45%</i> .....58
<i>fosamprenavir</i> .....10	<i>glatopa</i> .....40	<i>heparina, porcina (pf)</i> .....58
<i>fosfato de clindamicina</i> .... 15, 62,	GLEOSTINE .....24	HEPLISAV-B (PF) .....78
84	<i>glicopirronio</i> .....74	HIBERIX (PF) .....78
<i>fosfato de cloroquina</i> .....15	<i>glicopirronio (pf)</i> .....74	<i>hiclato de doxiciclina</i> .....19
<i>fosfato sódico de</i>	<i>glicopirronio (pf) en agua</i> .....74	<i>hidralazina</i> .....55
<i>dexametasona</i> .....67, 89	<i>glimepirida</i> .....68	<i>hidroclorotiazida</i> .....55
<i>fosfato sódico de</i>	<i>glipizida</i> .....68, 69	<i>hidrocodona-acetaminofeno</i> ..41
<i>dexametasona (pf)</i> .....67	<i>glipizida-metformina</i> .....69	<i>hidrocodona-ibuprofeno</i> .....41
<i>fosfato sódico de</i>	GLIPIZIDE .....68	<i>hidrocortisona</i> .....64, 67, 75
<i>prednisolona</i> .....67, 89	GLUCAGON (HCL), KIT	<i>hidrocortisona-ácido</i>
<i>fosfenitoína</i> .....34	DE EMERGENCIAS .....69	<i>acético</i> .....67
<i>fosinopril</i> .....54	GLUCAGON, KIT DE	<i>hidromorfona</i> .....41
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i> ...54	EMERGENCIAS	<i>hidroxicloroquina</i> .....16
FOTIVDA .....24	(HUMANO).....69	<i>hidroxiurea</i> .....24
FRUZAQLA .....24	<i>gluconato de chlorhexidina</i> ...66	<i>hipurato de metenamina</i> .....19
<i>fulvestrant</i> .....24	<i>glutamina (anemia</i>	HUMALOG JUNIOR
<i>fumarato de bisoprolol</i> .....53	<i>drepanocítica)</i> .....65	KWIKPEN U-100 .....69
<i>fumarato de disoproxilo</i>	GLYCOPYRROLATE	HUMALOG KWIKPEN,
<i>de tenofovir</i> .....12	(PF) EN AGUA.....74	INSULINA .....69
<i>furosemida</i> .....55	<i>glydo</i> .....61	HUMALOG MIX 50-50
FUZEON .....10	GLYXAMBI .....69	KWIKPEN .....69
FYARRO .....24	<i>griseofulvina micronizada</i> .....9	HUMALOG MIX 75-25
FYCOMPA .....34, 35	<i>griseofulvina</i>	(U-100), INSULINA .....69
<b>G</b>	<i>ultram micronizada</i> .....9	HUMALOG MIX 75-25
<i>gabapentina</i> .....35	<i>guanfacina</i> .....48	KWIKPEN .....69
<i>galantamina</i> .....40	GVOKE.....69	HUMALOG U-100,
GARDASIL 9 (PF) .....77	GVOKE HYPOPEN,	INSULINA .....69
GASA.....80	PAQUETE DE 1 .....69	HUMIRA.....82

HUMIRA (CF).....	83	IMBRUVICA .....	25	JAKAFI .....	25
HUMIRA (CF) PEN .....	83	IMDELLTRA .....	25	<i>jantoven</i> .....	58
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074)..	82	IMFINZI .....	25	JANUMET .....	70
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074).....	82	<i>imipenem-cilastatina</i> .....	16	JANUMET XR.....	70
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074).....	82	<i>imiquimod</i> .....	61	JANUVIA.....	70
HUMIRA PEN (SE PREFIEREN LOS CÓDIGOS NDCS QUE EMPIEZAN CON 00074).....	82	IMJUDO .....	25	JARDIANCE .....	70
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN .....	69	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA .....	78	<i>jasmiel (28)</i> .....	86
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA .....	69	INBRIJA .....	38	JAYPIRCA.....	25
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA .....	69	<i>incassia</i> .....	84	JEMPERLI .....	25
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN .....	69	INCONTROL, AGUJA PARA LAPICERA .....	80	<i>jencycla</i> .....	84
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA.....	69	INCRELEX .....	65	JENTADUETO .....	70
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN .....	69	INCRUSE ELLIPTA.....	91	JENTADUETO XR .....	70
HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA .....	69	<i>indapamida</i> .....	55	JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100.....	80
HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN .....	41	INFANRIX (DTAP) (PF).....	78	JEVTANA.....	25
<b>I</b>		INFLECTRA .....	75	<i>jolessa</i> .....	86
<i>ibandronato</i> .....	82	INFUMORPH P/F .....	41	<i>joyeaux</i> .....	86
IBRANCE .....	24	INLYTA.....	25	<i>juleber</i> .....	86
<i>ibu</i> .....	43	INQOVI .....	25	JULUCA.....	11
<i>ibuprofeno</i> .....	43	INREBIC.....	25	<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	86
<i>icatibanto</i> .....	91	INSULIN LISPRO .....	70	<i>junel 1/20 (21)</i> .....	86
<i>iclevia</i> .....	86	INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO .....	70	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	86
ICLUSIG .....	24	INTELENCE .....	10	<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	86
<i>idarrubicina</i> .....	24	<i>intralipid</i> .....	95	<i>junel fe 24</i> .....	86
IDHIFA.....	24	INTRALIPID.....	95	JYLAMVO.....	25
<i>ifosfamida</i> .....	24	INVEGA HAFYERA.....	48	JYNNEOS (PF) .....	78
<i>imatinib</i> .....	24, 25	INVEGA SUSTENNA .....	48	<b>K</b>	
		INVEGA TRINZA .....	48, 49	KABIVEN.....	95
		IPOL .....	78	KADCYLA .....	25
		<i>ipratropio-albuterol</i> .....	91	<i>kaitlib fe</i> .....	86
		<i>irbesartán</i> .....	55	<i>kalliga</i> .....	86
		<i>irbesartán-</i> <i>hidroclorotiazida</i> .....	55	KALYDECO .....	91
		<i>irinotecán</i> .....	25	KANJINTI.....	25
		ISENTRESS .....	10, 11	<i>kariva (28)</i> .....	86
		ISENTRESS, DE DOSIS ALTA .....	10	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	86
		<i>isibloom</i> .....	86	<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	86
		<i>isoniazida</i> .....	16	KERENDIA .....	55
		<i>isosorbida-hidralazina</i> .....	55	KESIMPTA, EN LAPICERA .....	40
		<i>isotretinoína</i> .....	62	<i>ketoconazol</i> .....	9, 63
		<i>itraconazol</i> .....	9	<i>ketorolaco</i> .....	89
		<i>ivabradina</i> .....	59	KEYTRUDA .....	25
		<i>ivermectina</i> .....	16	KIMMTRAK .....	25
		IWILFIN .....	25	KINRIX (PF) .....	78
		IXCHIQ (PF).....	78	<i>kionex (con sorbitol)</i> .....	65
		IXEMPRA .....	25	KISQALI.....	26
		IXIARO (PF).....	78	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	25
		<b>J</b>		<i>klayesta</i> .....	63
		<i>jaimiess</i> .....	86	KLISYRI .....	26
				<i>klor-con</i> .....	93
				<i>klor-con 10</i> .....	93

<i>klor-con 8</i> .....	93	<i>levonorgestrel-</i>		LUPRON DEPOT	
<i>klor-con m10</i> .....	93	<i>etinilestradiol</i> .....	86	(4 MESES) .....	27
<i>klor-con m20</i> .....	93	<i>levonorgestrel-etinilestradiol-</i>		LUPRON DEPOT	
KLOXXADO .....	43	<i>hierro</i> .....	86	(6 MESES) .....	27
KOSELUGO .....	26	<i>levonorg-etetinilestradiol</i>		LUPRON DEPOT-PED .....	27
K-PHOS ORIGINAL .....	93	<i>trifásico</i> .....	86	LUPRON DEPOT-PED	
KRAZATI .....	26	<i>levora-28</i> .....	86	(3 MESES) .....	27
<i>kurvelo (28)</i> .....	86	<i>levo-t</i> .....	74	<i>lurasidona</i> .....	49
KYPROLIS .....	26	<i>levotiroxina</i> .....	74	<i>luterá (28)</i> .....	86
<b>L</b>		<i>levoxyl</i> .....	74	LYNPARZA .....	27
<i>l norgest/e.estradiol-</i>		LIBERVANT .....	35	LYSODREN .....	27
<i>e.estrád</i> .....	86	LIBTAYO .....	26	LYTGObI .....	27
<i>labetalol</i> .....	55	<i>lidocaína</i> .....	61	LYUMJEV KWIKPEN	
<i>lacosamida</i> .....	35	<i>lidocaína (pf)</i> .....	53, 61	U-100, INSULINA.....	70
<i>lactato de amonio</i> .....	60	<i>lidocaína viscosa</i> .....	61	LYUMJEV KWIKPEN	
<i>lactato de haloperidol</i> .....	48	<i>lidocaína-prilocaina</i> .....	61	U-200, INSULINA.....	70
<i>lactulosa</i> .....	75	LILETTA .....	85	LYUMJEV U-100,	
<i>lamivudina</i> .....	11	<i>lincomicina</i> .....	16	INSULINA .....	70
<i>lamivudina-zidovudina</i> .....	11	<i>linezolida</i> .....	16	<i>lyza</i> .....	84
<i>lamotrigina</i> .....	35	<i>linezolida en dextrosa</i>		<b>M</b>	
LANOXIN, PEDIÁTRICO... 59		<i>al 5%</i> .....	16	MAGNESIUM SULFATE	
LANTUS SOLOSTAR		LINEZOLID-CLORURO		EN D5W .....	93
U-100, INSULINA.....	70	DE SODIO AL 0.9%.....	16	<i>malati3n</i> .....	64
LANTUS U-100,		LINZESS.....	75	<i>malato de sunitinib</i> .....	31
INSULINA .....	70	<i>liotironina</i> .....	74	<i>maleato de asenapina</i> .....	44
<i>lapatinib</i> .....	26	<i>lisdexanfetamina</i> .....	49	<i>maleato de enalapril</i> .....	54
<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	86	<i>lisinopril</i> .....	55	<i>maleato de proclorperazina</i> ... 75	
<i>larin 1/20 (21)</i> .....	86	<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i> ... 55		<i>maleato de timolol</i> .....	56, 88
<i>larin 24 fe</i> .....	86	LIVTENCITY .....	11	<i>maraviroc</i> .....	11
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	86	<i>lojaimiess</i> .....	86	MARGENZA.....	27
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	86	LONSURF .....	26	<i>marlissa (28)</i> .....	86
<i>latanoprost</i> .....	89	<i>loperamida</i> .....	74	MARPLAN .....	49
<i>layolis fe</i> .....	86	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	11	MATULANE .....	27
<i>leflunomida</i> .....	83	LOQTORZI .....	26	<i>matzim la</i> .....	55
<i>lenalidomida</i> .....	26	<i>lorazepam</i> .....	49	MAVYRET.....	11
LENVIMA .....	26	<i>lorazepam, intensol</i> .....	49	MAXICOMFORT, AGUJA	
<i>lessina</i> .....	86	LORBRENA .....	26	DE SEGURIDAD PARA	
<i>letrozol</i> .....	26	<i>loryna (28)</i> .....	86	LAPICERA .....	80
<i>leucovorina cálcica</i> .....	20	<i>losartán</i> .....	55	<i>meclizina</i> .....	75
<i>leuprolida</i> .....	26	<i>losartán-hidroclorotiazida</i> ..... 55		<i>medroxiprogesterona</i> .....	84
LEUPROLIDE (3 MESES) ... 26		<i>lovastatina</i> .....	59	<i>mefloquina</i> .....	16
<i>levetiracetam</i> .....	35	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	86	<i>megestrol</i> .....	27
<i>levetiracetam en nacl</i>		<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	86	MEKINIST.....	27, 28
( <i>iso-osm.</i> ) .....	35	<i>lubiprostona</i> .....	75	MEKTOVI .....	28
<i>levobunolol</i> .....	88	LUMAKRAS.....	27	<i>meloxicam</i> .....	43
<i>levocarnitina</i> .....	65	LUMIGAN .....	89	<i>memantina</i> .....	40
<i>levocarnitina (con azúcar)</i> .... 65		LUMIZYME .....	73	MEMANTINE .....	40
<i>levocetirizina</i> .....	90	LUNSUMIO .....	27	MENACTRA (PF).....	78
<i>levofloxacina</i> .....	19	LUPRON DEPOT .....	27	MENQUADFI (PF) .....	78
<i>levofloxacina en d5w</i> .....	19	LUPRON DEPOT		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
<i>levonest (28)</i> .....	86	(3 MESES).....	27	(PF).....	78
				<i>mercaptopurina</i> .....	28

<i>meropenem</i> .....	16	<i>mofetil micofenolato</i>		<i>neomicina-polimixina b gu</i> ....	64
MEROPENEM-CLORURO		(clorhidrato) .....	28	<i>neomicina-polimixina</i>	
DE SODIO AL 0.9% .....	16	<i>molindona</i> .....	49, 50	<i>b-dexametasona</i> .....	89
<i>merzee</i> .....	86	<i>mometasona</i> .....	64	<i>neomicina-polimixina-</i>	
<i>mesalamina</i> .....	75	MONJUVI .....	28	<i>gramicidina</i> .....	88
<i>mesalamina con pañuelo</i>		<i>monohidrato de doxiciclina</i> ....	19	<i>neomicina-polimixina-</i>	
<i>limpiador</i> .....	75	<i>monohidrato de</i>		<i>hidrocortisona</i> .....	67, 89
<i>mesilato de ziprasidona</i> .....	52	<i>nitrofurantoína/</i>		NERLYNX.....	28
<i>mesna</i> .....	20	<i>macrocríst.</i> .....	19	<i>nevirapina</i> .....	11
MESNEX.....	20	<i>mono-lynyah</i> .....	87	NEXLETOL.....	59
<i>metadate er</i> .....	49	<i>mononitrato de isosorbida</i> ....	59	NEXLIZET .....	59
<i>metadona</i> .....	41, 42	<i>montelukast</i> .....	91	NEXPLANON .....	85
<i>metadona, intensol</i> .....	41	<i>morfina</i> .....	42	<i>niacina</i> .....	59
<i>metazolamida</i> .....	89	<i>morfina (pf)</i> .....	42	<i>nicardipina</i> .....	55
<i>metformina</i> .....	70, 71	<i>morfina concentrada</i> .....	42	NICOTROL .....	66
<i>metilprednisolona</i> .....	67	MORPHINE .....	42	<i>nifedipina</i> .....	55
<i>metilprednisolona, paquete</i>		MOTPOLY XR.....	36	<i>nikki (28)</i> .....	87
<i>dosificado</i> .....	67	MOUNJARO.....	71	<i>nilutamida</i> .....	28
<i>metimazol</i> .....	68	MOVANTIK .....	75	<i>nimodipina</i> .....	55
<i>metirosina</i> .....	55	<i>moxifloxacina</i> .....	19, 88	NINLARO.....	28
<i>metocarbamol</i> .....	41	<i>moxifloxacina-cloruro</i>		NIPENT .....	28
<i>metolazona</i> .....	55	<i>de sodio (iso)</i> .....	19	<i>nistatina</i> .....	9, 63
<i>metotrexato sódico</i> .....	28	MOXIFLOXACIN-SOD.		<i>nistatina-triamcinolona</i> .....	63
<i>metotrexato sódico (pf)</i> .....	28	ACE, SUL-WATER.....	19	<i>nitazoxanida</i> .....	16
<i>metoxaleno</i> .....	61	MRESVIA (PF).....	78	<i>nitisinona</i> .....	65
<i>metro intravenoso</i> .....	16	<i>mupirocina</i> .....	62	<i>nitroglicerina</i> .....	59, 60, 75
<i>metronidazol</i> .....	16, 62, 85	<i>mupirocina cálcica</i> .....	62	NIVESTYM.....	77
<i>metronidazol en nacl</i>		MVASI.....	28	<i>nora-be</i> .....	84
<i>(iso-osm.)</i> .....	16	MYLOTARG .....	28	<i>noret.-etinilestradiol-hierro</i> ..	87
<i>metsuximida</i> .....	35	MYRBETRIQ .....	92	<i>noretisterona</i>	
<i>mexiletina</i> .....	53	<b>N</b>		<i>(anticonceptivo)</i> .....	84
<i>micofenolato sódico</i> .....	28	<i>nabumetona</i> .....	43	<i>noretisterona-etinilestradiol-</i>	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	86	<i>nafcilina</i> .....	18	<i>hierro</i> .....	87
<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	86	<i>nafcilina en dextrosa,</i>		<i>norgestimato-etinilestradiol</i> ...	87
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	86	<i>iso-osm.</i> .....	18	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	87
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	86	NAGLAZYME .....	73	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	87
<i>midodrina</i> .....	65	<i>naloxona</i> .....	43	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	87
<i>mifepristona</i> .....	73	<i>naltrexona</i> .....	43	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	87
<i>mili</i> .....	86	NAMZARIC.....	40	<i>nortriptilina</i> .....	50
<i>minociclina</i> .....	19	<i>naproxeno</i> .....	43	NORVIR.....	11
<i>minoxidil</i> .....	55	<i>naproxeno sódico</i> .....	43	NOVOFINE 32.....	80
<i>mirtazapina</i> .....	49	<i>naratriptán</i> .....	38	NOVOFINE PLUS .....	80
<i>misoprostol</i> .....	76	<i>nateglinida</i> .....	71	NUBEQA .....	28
MITIGARE .....	82	NAYZILAM.....	36	NUEDEXTA.....	40
<i>mitomicina</i> .....	28	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	87	NULOJIX.....	28
<i>mitoxantrona</i> .....	28	<i>nefazodona</i> .....	50	NUPLAZID.....	50
M-M-R II (PF) .....	78	<i>nelarabina</i> .....	28	NURTEC, COMPRIMIDOS	
<i>m-natal plus</i> .....	95	<i>neomicina</i> .....	16	DE DESINTEGRACIÓN	
<i>modafinil</i> .....	49	<i>neomicina-bacitracina-</i>		ORAL.....	38
<i>moexipril</i> .....	55	<i>polimixina</i> .....	88	<i>nyamyc</i> .....	63
<i>mofetil micofenolato</i> .....	28	<i>neomicina-bacitracina-</i>		<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	87
		<i>polimixina-hc</i> .....	89	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	87

<i>nymyo</i> .....	87	ORENITRAM, PAQUETE	PEMETREXED
<i>nystop</i> .....	63	DE AJUSTE DE DOSIS	DISÓDICO.....
NYVEPRIA .....	77	MES 1 .....	29
<b>O</b>		55	PENBRAYA (PF) .....
OCALIVA .....	75	ORENITRAM, PAQUETE	83
<i>ocella</i> .....	87	DE AJUSTE DE DOSIS	<i>penicilamina</i> .....
ODEFSEY .....	11	MES 2 .....	18
ODOMZO .....	28	55	<i>penicilina g potásica</i> .....
OFEV .....	91	ORENITRAM, PAQUETE	18
<i>ofloxacina</i> .....	67, 88	DE AJUSTE DE DOSIS	PENTACEL (PF) .....
OGIVRI .....	28	MES 3 .....	16
OJEMDA .....	28, 29	56	PENTIPS .....
OJJAARA.....	29	ORGOVYX .....	80
<i>olanzapina</i> .....	50	91	<i>pentoxifilina</i> .....
<i>olmesartán</i> .....	55	ORKAMBI .....	58
<i>olmesartán-</i>		ORSERDU.....	50
<i>hidroclorotiazida</i> .....	55	<i>oseltamivir</i> .....	50
<i>omeprazol</i> .....	76	11	PERIKABIVEN .....
OMNIPOD 5 G6 INTRO		OTEZLA .....	56
KIT (GEN 5).....	80	OTEZLA, PAQUETE	<i>perigard</i> .....
OMNIPOD 5 G6 PODS		INICIAL.....	66
(GEN 5) .....	80	83	PERJETA .....
OMNIPOD CLASSIC		<i>oxacilina</i> .....	29
PODS (GEN 3) .....	80	18	<i>permetrina</i> .....
OMNIPOD DASH INTRO		<i>oxalato de escitalopram</i> .....	64
KIT (GEN 4).....	80	47	<i>pfizerpen-g</i> .....
OMNIPOD DASH PODS		29	18
(GEN 4) .....	80	<i>oxaliplatino</i> .....	PHESGO .....
OMNIPOD GO PODS.....	80	29	29
OMNIPOD GO PODS,		<i>oxaprozina</i> .....	<i>philith</i> .....
10 UNIDADES/DÍA .....	80	44	87
OMNIPOD GO PODS,		<i>oxcarbazepina</i> .....	PIFELTRO .....
15 UNIDADES/DÍA .....	80	36	12
OMNIPOD GO PODS,		OXERVATE .....	<i>pimecrolimus</i> .....
20 UNIDADES/DÍA .....	80	88	61
OMNIPOD GO PODS,		<i>oxicodona</i> .....	50
25 UNIDADES/DÍA .....	80	42	<i>pimozida</i> .....
OMNIPOD GO PODS,		<i>oxicodona-acetaminofeno</i> .....	87
30 UNIDADES/DÍA .....	80	42	<i>pimtrea (28)</i> .....
OMNIPOD GO PODS,		<i>oximorfona</i> .....	87
40 UNIDADES/DÍA .....	80	42	<i>pindolol</i> .....
ONCASPAR .....	29	OZEMPIC.....	56
<i>ondansetrón</i> .....	75	71	<i>pioglitazona</i> .....
ONGENTYS .....	38	<b>P</b>	<i>piperacilina-tazobactam</i> .....
ONIVYDE.....	29	<i>pacerona</i> .....	18
ONUREG .....	29	53	PIPERACILLIN-
OPDIVO .....	29	<i>paclitaxel</i> .....	TAZOBACTAM .....
OPDUALAG.....	29	29	18
<i>oralone</i> .....	66	PACLITAXEL	PIQRAY .....
ORENCIA .....	83	PROTEIN-BOUND.....	29
ORENCIA CLICKJECT .....	83	29	<i>pirazinamida</i> .....
ORENITRAM.....	56	PADCEV.....	17
		29	<i>pirfenidona</i> .....
		<i>paliperidona</i> .....	91
		50	PIRFENIDONE.....
		75	91
		<i>pamidronato</i> .....	<i>pirimetamina</i> .....
		73	17
		<i>pamoato de hidroxizina</i> .....	<i>pitavastatina cálcica</i> .....
		90	59
		<i>paños con alcohol</i> .....	PLENAMINE .....
		68	95
		PAÑOS CON ALCOHOL.....	<i>plerixafor</i> .....
		68	77
		PANRETIN .....	95
		61	95
		<i>pantoprazol</i> .....	95
		77	95
		PANZYGA .....	95
		78	61
		<i>paricalcitol</i> .....	<i>podofilox</i> .....
		73	61
		PAXLOVID .....	<i>polimixina b sulfato de</i>
		11, 12	<i>trimetoprima</i> .....
		<i>pazopanib</i> .....	88
		29	29
		PEDIARIX (PF).....	29
		78	<i>polycin</i> .....
		PEDVAX HIB (PF).....	88
		78	POMALYST.....
		<i>peg 3350-electrolitos</i> .....	29
		75	<i>portia 28</i> .....
		77	87
		PEGASYS.....	29
		77	PORTRAZZA.....
		<i>peg-electrolitos, solución</i> .....	29
		75	<i>posaconazol</i> .....
		9	9
		PEMAZYRE .....	POTASSIUM CHLORIDE... 94
		29	POTELIGEO .....
		<i>pemetrexed disódico</i> .....	29
		29	95
			<i>pr natal 400</i> .....

<i>pr natal 400 ec</i> .....	95
<i>pr natal 430</i> .....	95
<i>pr natal 430 ec</i> .....	95
PRALATREXATE .....	29
<i>pramipexol</i> .....	38
<i>pravastatina</i> .....	59
<i>praziquantel</i> .....	16
<i>prazosina</i> .....	56
<i>prednisolona</i> .....	67
<i>prednisona</i> .....	67
<i>prednisona, intensol</i> .....	67
<i>pregabalina</i> .....	36
PREHEVBRIO (PF) .....	78
PREMARIN .....	84
<i>premasol 10%</i> .....	95
PREMPRO .....	84
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i> .....	95
<i>prevalite</i> .....	59
PREVYMIS .....	12
PREZCOBIX .....	12
PREZISTA .....	12
PRIFTIN .....	16
PRIMAQUINE .....	17
<i>primidona</i> .....	36
PRIMIDONE .....	36
PRIORIX (PF) .....	78
PRO COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL .....	71
<i>probenecid</i> .....	82
<i>probenecid-colchicina</i> .....	82
<i>proclorperazina</i> .....	75
<i>procto-med hc</i> .....	75
<i>proctosol hc</i> .....	76
<i>proctozona-hc</i> .....	76
<i>progesterona micronizada</i> .....	84
PROGRAF .....	29
PROLIA .....	82
PROMACTA .....	58
<i>prometazina</i> .....	90
<i>propafenona</i> .....	53
<i>propiltiouracilo</i> .....	68
<i>propionato de fluticasona</i> .....	64
<i>propionato de halobetasol</i> .....	64
<i>propranolol</i> .....	56
PROQUAD (PF) .....	78
PROSOL 20% .....	95
<i>protriptilina</i> .....	50
PULMOZYME .....	91
PURE COMFORT, PAÑOS CON ALCOHOL .....	71
PURIXAN .....	29

<b>Q</b>	
QINLOCK .....	29
QUADRACEL (PF) .....	78
<i>quetiapina</i> .....	50, 51
QUETIAPINE .....	50
<i>quinapril</i> .....	56
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i> .....	56
<b>R</b>	
RABAVERT (PF) .....	78
<i>raloxifeno</i> .....	82
<i>ramipril</i> .....	56
<i>ranolazina</i> .....	59
<i>rasagilina</i> .....	38
RAYALDEE .....	73
<i>reclipsen (28)</i> .....	87
RECOMBIVAX HB (PF) .....	78
RECTIV .....	76
REGRANEX .....	61
RELISTOR .....	76
RENACIDIN .....	93
<i>repaglinida</i> .....	71
REPATHA PUSHTRONEX .....	59
REPATHA SURECLICK .....	59
REPATHA, JERINGA .....	59
RETACRIT .....	77
RETEVMO .....	29, 30
RETROVIR .....	12
REXULTI .....	51
REYATAZ .....	12
REZDIFFRA .....	65
REZLIDHIA .....	30
REZUROCK .....	30
RHOPRESSA .....	89
<i>ribavirina</i> .....	12
<i>rifabutina</i> .....	17
<i>rifampina</i> .....	17
<i>riluzol</i> .....	65
<i>rimantadina</i> .....	12
<i>ringer's</i> .....	64, 94
RINVOQ .....	83, 84
RINVOQ LQ .....	83
RISPERDAL CONSTA .....	51
<i>risperidona</i> .....	51
<i>ritonavir</i> .....	12
<i>rivastigmina</i> .....	40
<i>rivelsa</i> .....	87
<i>rizatriptán</i> .....	38
ROCKLATAN .....	89
<i>roflumilast</i> .....	91
<i>romidepsin</i> .....	30

ROMIDEPSIN .....	30
<i>ropinirol</i> .....	38
<i>rosuvastatina</i> .....	59
ROTARIX .....	78
ROTATEQ, VACUNA .....	78
<i>roweepira</i> .....	36
ROZLYTREK .....	30
RUBRACA .....	30
<i>rufinamida</i> .....	36
RUKOBIA .....	12
RUXIENCE .....	30
RYALTRIS .....	91
RYBELSUS .....	71
RYBREVANT .....	30
RYDAPT .....	30
RYLAZE .....	30
RYTARY .....	38
<b>S</b>	
<i>sajazir</i> .....	91
SANCUSO .....	76
SANTYL .....	61
<i>sapropterina</i> .....	73
SARCLISA .....	30
SCEMBLIX .....	30
SECUADO .....	51
SELZENTRY .....	12
<i>se-natal 19, masticable</i> .....	96
<i>se-natal-19</i> .....	96
SEREVENT DISKUS .....	91
<i>sertralina</i> .....	51
<i>setlakin</i> .....	87
<i>sharobel</i> .....	84
SHINGRIX (PF) .....	78
SIGNIFOR .....	30
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar)</i> .....	91
<i>simliya (28)</i> .....	87
<i>simpesse</i> .....	87
SIMULECT .....	30
<i>simvastatina</i> .....	59
<i>sirolimus</i> .....	30
SIRTURO .....	17
SIVEXTRO .....	17
SKYRIZI .....	60, 76
SODIUM CHLORIDE .....	95
SODIUM OXYBATE .....	51
SOLQUA 100/33 .....	71
SOLTAMOX .....	30
<i>solución de lactato de sodio compuesta</i> .....	64, 93
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) .....	67

SOMATULINE DEPOT .....	30	<i>sulfato de sodio, sulfato</i>	TEFLARO .....	14
SOMAVERT .....	73	<i>de potasio, sulfato de</i>	<i>telmisartán</i> .....	56
<i>sorafenib</i> .....	30	<i>magnesio</i> .....	TEMODAR .....	31
<i>sotalol</i> .....	53	<i>sulfato de tobramicina</i> .....	<i>temsirolimus</i> .....	31
<i>sotalol af</i> .....	53	<i>sulfonato de poliestireno</i>	TENIVAC (PF) .....	78
SOTYLIZE .....	53	<i>sódico</i> .....	<i>teofilina</i> .....	92
SPRAVATO .....	51	<i>sulfuro de selenio</i> .....	TEPMETKO .....	31
<i>sprintec (28)</i> .....	87	<i>sulindaco</i> .....	<i>terazosina</i> .....	56
SPRITAM .....	36	<i>sumatriptán</i> .....	<i>terbutalina</i> .....	92
SPRYCEL .....	30	SUNLENCA .....	<i>terconazol</i> .....	85
<i>sps (con sorbitol)</i> .....	66	SUTAB .....	<i>testosterona</i> .....	73
<i>sronyx</i> .....	87	<i>syeda</i> .....	TESTOSTERONE .....	73
<i>ssd</i> .....	61	SYMPAZAN .....	TETANUS, DIPHTHERIA	
STAMARIL (PF) .....	78	SYMTUZA .....	TOX PEDIÁTRICA (PF) ..	78
STELARA .....	60	SYNAREL .....	<i>tetrabenazina</i> .....	40
STIVARGA .....	30	SYNJARDY .....	<i>tetraciclina</i> .....	19
STREPTOMYCIN .....	17	SYNJARDY XR .....	THALOMID .....	31
STRIBILD .....	12	SYNTHROID .....	<i>tiadylt, liberación</i>	
<i>subvenite</i> .....	36	<b>T</b>	<i>prolongada</i> .....	56
<i>subvenite, paquete inicial</i>		TABLOID .....	<i>tiagabina</i> .....	37
<i>(azul)</i> .....	36	TABRECTA .....	TIBSOVO .....	31
<i>subvenite, paquete inicial</i>		<i>tacrolimus</i> .....	TICE BCG .....	78
<i>(naranja)</i> .....	37	<i>tadalafil</i> .....	TICOVAC .....	78
<i>subvenite, paquete inicial</i>		TAFINLAR .....	<i>tigeciclina</i> .....	17
<i>(verde)</i> .....	36	TAGRISO .....	<i>tilia fe</i> .....	87
<i>succinato de desvenlafaxina</i> ..	46	TALICIA .....	<i>tinidazol</i> .....	17
<i>succinato de loxapina</i> .....	49	TALVEY .....	<i>tioridazina</i> .....	52
<i>succinato de metoprolol</i> .....	55	TALZENNA .....	<i>tiotepa</i> .....	31
<i>succinato de sumatriptán</i> .....	38	<i>tamoxifeno</i> .....	<i>tiotixeno</i> .....	52
<i>succinato sódico de</i>		<i>tamsulosina</i> .....	<i>tis-u-sol pentalito</i> .....	64
<i>cloranfenicol</i> .....	15	<i>tarina 24 fe</i> .....	TIVDAK .....	31
<i>succinato sódico de</i>		<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	TIVICAY .....	12
<i>metilprednisolona</i> .....	67	<i>taron-c dha</i> .....	TIVICAY PD .....	12
SUCRAID .....	76	<i>tartrato de metoprolol</i> .....	<i>tizanidina</i> .....	41
<i>sucralfato</i> .....	77	<i>tartrato de metoprolol-</i>	TOALLITAS DE	
SUFLAVE .....	76	<i>hidroclorotiazida</i> .....	ALCOHOL .....	68
<i>sulfacetamida sódica</i> .....	88	<i>tartrato de rivastigmina</i> .....	TOALLITAS PARA	
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i> ..	62	TASIGNA .....	PREPARACIÓN	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i> ..	89	<i>tasimelteon</i> .....	INTRAVENOSA .....	70
<i>sulfadiazina</i> .....	19	<i>tazaroteno</i> .....	<i>tobramicina</i> .....	88
<i>sulfadiazina de plata</i> .....	61	<i>tazicef</i> .....	<i>tobramicina en nacl</i>	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima</i> ..	19	TAZVERIK .....	<i>al 0.225%</i> .....	17
<i>sulfasalazina</i> .....	76	TDVAX .....	<i>tobramicina-dexametasona</i> ...	89
<i>sulfato de albuterol</i> .....	90	TECENTRIQ .....	<i>tolterodina</i> .....	93
<i>sulfato de dextroanfetamina</i> ..	46	TECHLITE, AGUJA	<i>tolvaptán</i> .....	73
<i>sulfato de gentamicina</i>		PARA LAPICERA .....	<i>topiramato</i> .....	37
<i>(pediátrico) (pf)</i> .....	16	TECHLITE, JERINGA	<i>topotecán</i> .....	31
<i>sulfato de magnesio</i> .....	93	PARA INSULINA .....	<i>toremifeno</i> .....	31
<i>sulfato de magnesio en agua</i> ..	93	TECHLITE, JERINGA	<i>torsemeda</i> .....	56
<i>sulfato de quinidina</i> .....	53	PARA INSULINA	TOUJEO MAX U-300	
<i>sulfato de quinina</i> .....	17	(MEDIA UNIDAD) .....	SOLOSTAR .....	71
		TECVAYLI .....		

TOUJEO SOLOSTAR	TROGARZO .....	12	<i>valrubicina</i> .....	32
U-300, INSULINA .....	TROPHAMINE 10% .....	95	<i>valsartán</i> .....	56
TRADJENTA .....	TRUE COMFORT PRO,		<i>valsartán-hidroclorotiazida</i> ...	56
<i>tramadol</i> .....	PAÑOS CON		VALTOCO.....	37
<i>tramadol-acetaminofeno</i> .....	ALCOHOL .....	72	<i>vancomicina</i> .....	17
<i>trandolapril</i> .....	TRUE COMFORT,		VANCOMYCIN .....	17
<i>tranilcipromina</i> .....	PAÑOS CON		VANCOMYCIN EN	
<i>travasol 10%</i> .....	ALCOHOL .....	72	CLORURO DE SODIO	
TRAZIMERA .....	TRUEPLUS, AGUJA		AL 0.9% .....	17
<i>trazodona</i> .....	PARA LAPICERA.....	81	VANCOMYCIN EN	
TRECATOR.....	TRUEPLUS, INSULINA .....	81	DEXTrosa AL 5% .....	17
TRELEGY ELLIPTA .....	TRULICITY .....	72	VANCOMYCIN, COMBO	
TRELSTAR .....	TRUMENBA.....	78	CON DILUYENTE N.º 1 ..	17
TRESIBA FLEXTOUCH	TRUQAP.....	32	<i>vandazol</i> .....	85
U-100 .....	TRUXIMA.....	32	VANFLYTA .....	32
TRESIBA FLEXTOUCH	TUKYSA .....	32	VAQTA (PF) .....	79
U-200 .....	TURALIO .....	32	<i>vareniclina</i> .....	66
TRESIBA U-100, INSULINA	<i>turqoz (28)</i> .....	87	VARENICLINE .....	66
.....	TWINRIX (PF) .....	78	VARIVAX (PF) .....	79
<i>tretinoína</i> .....	<i>tydemy</i> .....	87	VAXCHORA VACCINE .....	79
<i>tretinoína (antineoplásico)</i> .....	TYMLOS .....	82	VECTIBIX .....	32
<i>tretinoína, microesferas</i> .....	TYPHIM VI.....	78	VEKLURY .....	13
<i>triamtereno-</i>	TYVASO .....	92	<i>velivet, régimen trifásico</i>	
<i>hidroclorotiazida</i> .....	TYVASO		(28) .....	87
<i>triderm</i> .....	INSTITUTIONAL,		VELTASSA .....	66
<i>trientina</i> .....	KIT INICIAL .....	92	VEMLIDY .....	13
<i>tri-estarylla</i> .....	TYVASO, KIT DE		VENCLEXTA .....	32
<i>trifluoperazina</i> .....	RELLENO .....	92	VENCLEXTA, PAQUETE	
<i>trifluridina</i> .....	TYVASO, PAQUETE		INICIAL .....	32
TRIJARDY XR .....	INICIAL.....	92	<i>venlafaxina</i> .....	52
TRIKAFTA .....	TZIELD.....	66	VENTAVIS.....	92
<i>tri-legest fe</i> .....	<b>U</b>		VENTOLIN HFA.....	92
<i>tri-linyah</i> .....	UNIFINE PENTIPS .....	81	<i>verapamilo</i> .....	56, 57
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	UNIFINE PENTIPS		VERIFINE PLUS, AGUJA	
<i>tri-lo-marzia</i> .....	MAXFLOW .....	81	PARA LAPICERA-	
<i>tri-lo-mili</i> .....	UNIFINE PENTIPS PLUS.....	81	CORTANTE .....	81
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	UNIFINE PENTIPS		VERQUOVO .....	59
<i>trimetoprima</i> .....	PLUS MAXFLOW.....	81	VERSACLOZ.....	52
<i>tri-mili</i> .....	UNIFINE SAFECONTROL ..	81	VERZENIO.....	32
<i>trimipramina</i> .....	UNIFINE ULTRA, AGUJA		<i>vestura (28)</i> .....	87
<i>trinatal rx 1</i> .....	PARA LAPICERA.....	81	V-GO 20 .....	81
TRINTELLIX .....	<i>unithroid</i> .....	74	V-GO 30 .....	81
<i>tri-nymyo</i> .....	UNITUXIN.....	32	V-GO 40 .....	81
<i>trióxido de arsénico</i> .....	<i>ursodiol</i> .....	76	<i>vienna</i> .....	87
TRIPTODUR .....	<b>V</b>		<i>vigabatrina</i> .....	37
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	<i>valaciclovir</i> .....	12	<i>vigadrone</i> .....	37
TRIUMEQ.....	VALCHLOR .....	61	VIGAFYDE .....	37
TRIUMEQ PD .....	<i>valerato de betametasona</i> .....	63	<i>vigpoder</i> .....	37
<i>trivora (28)</i> .....	<i>valerato de estradiol</i> .....	84	<i>vilazodona</i> .....	52
<i>tri-vylibra</i> .....	<i>valganciclovir</i> .....	12	<i>vinblastina</i> .....	32
<i>tri-vylibra lo</i> .....	<i>valproato sódico</i> .....	37	<i>vincristina</i> .....	32
TRODELVY .....			<i>vinorelbina</i> .....	32



<i>viorele (28)</i> .....	87
VIRACEPT .....	13
VIREAD .....	13
<i>vitaminas prenatales plus</i> <i>con bajo contenido de</i> <i>hierro</i> .....	96
VITRAKVI .....	32
VIVITROL .....	44
VIZIMPRO .....	32
<i>volnea (28)</i> .....	87
VONJO .....	32
<i>voriconazol</i> .....	9
VOSEVI.....	13
VOWST .....	76
VRAYLAR .....	52
<i>vyfemla (28)</i> .....	87
<i>vylibra</i> .....	87
VYNDAQEL .....	59
VYXEOS .....	32
<b>W</b>	
<i>warfarina</i> .....	58
WELIREG .....	32
<i>wera (28)</i> .....	87
<i>wescap-pn dha</i> .....	96
<i>wesnate dha</i> .....	96
<i>westab plus</i> .....	96
<i>westgel dha</i> .....	96
<i>wymzya fe</i> .....	87
<b>X</b>	
XALKORI.....	32, 33
XARELTO .....	58

XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS .....	58
XATMEP .....	33
XCOPRI.....	37
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS .....	37
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO .....	37
XDEMVY .....	89
XEMBIFY .....	79
XERMELO .....	33
XGEVA.....	20
XIAFLEX .....	66
XIFAXAN .....	17
XIGDUO XR.....	72
XOFLUZA.....	13
XOLAIR .....	92
XOSPATA.....	33
XPOVIO .....	33
XTANDI .....	33
<b>Y</b>	
YERVOY .....	33
YF-VAX (PF).....	79
YONDELIS .....	33
YUFLYMA (CF) .....	84
YUFLYMA (CF) AI CROHN'S-UC-HS .....	84
YUFLYMA (CF), AUTOINYECTOR.....	84

<i>yuvafem</i> .....	84
<b>Z</b>	
<i>zafemy</i> .....	85
<i>zafirlukast</i> .....	92
ZALTRAP.....	33
ZANOSAR.....	33
ZEJULA .....	33
ZELBORAF .....	33
ZENPEP .....	76
ZEPZELCA.....	33
<i>zidovudina</i> .....	13
ZIMHI.....	44
ZIRABEV.....	33
ZIRGAN .....	88
ZOLADEX.....	33
ZOLEDRONIC AC- MANNITOL-0.9 NA CL ....	73
ZOLINZA.....	33
<i>zolpidem</i> .....	52
ZONISADE.....	37
<i>zonisamida</i> .....	37
<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	87
ZTALMY .....	37
ZTLIDO.....	61
<i>zumandimine (28)</i> .....	87
ZURZUVAE.....	52
ZYDELIG.....	33
ZYKADIA.....	33
ZYNLONTA.....	33
ZYNYZ.....	33
ZYPREXA RELPREVV.....	52

## 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700。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 1-800-222-6700。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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

INT\_22\_822907\_C

23\_MLI\_NOND\_PDP

**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 1-800-222-6700. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إتنا 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 1-800-222-6700، 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 सेवाएं प्राप्त करने के लिए हमें 1-800-222-6700 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700. 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 1-800-222-6700. 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、1-800-222-6700 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。

Cigna Healthcare products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of The Cigna Group. The Cigna names, logos, and marks, including THE CIGNA GROUP and CIGNA HEALTHCARE are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. © 2023 Cigna Healthcare 968755a



Notas

Lined paper template with 20 horizontal lines for writing notes.







**1-800-222-6700 (TTY 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.**  
**CignaMedicare.com**

Este Formulario se actualizó el 19 de septiembre 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**. 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

09/19/2024

984993SPa