

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (FORMULARIO) 2018



Información sobre la lista de medicamentos con receta

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)
UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP)

Notas importantes: Este documento tiene información sobre los medicamentos que cubre este plan. Para obtener información más actualizada o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al:



Llamada gratuita: **1-877-614-0623**, TTY **711**

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



www.UHCCommunityPlan.com



ÍNDICE

¿Qué es una Lista de Medicamentos?.....	3
Nota para los miembros actuales:.....	3
¿Cómo uso la Lista de Medicamentos?.....	4
¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	4
¿Qué es un medicamento compuesto?.....	4
Niveles y etapas de pago de los medicamentos.....	5
Programa Ayuda Adicional.....	5
¿Hay alguna regla o límite en mi cobertura de medicamentos?.....	6
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en esta lista?.....	8
¿Cómo puedo conseguir una excepción?.....	8
¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?.....	9
¿La Lista de Medicamentos puede cambiar?.....	10
Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes.....	11
Medicamentos cubiertos listados por nombre (Índice de medicamentos)	12
Medicamentos cubiertos listados por condición de salud.....	32
Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL).....	107

¿Preguntas?

Si tiene preguntas, estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al:



Llamada gratuita: **1-877-614-0623**, TTY **711**

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

¿Qué es una Lista de Medicamentos?

Una **Lista de Medicamentos**, o **Formulario**, es una lista de los medicamentos con receta que cubre su plan. Su plan y un equipo de proveedores de cuidado de la salud colaboran conjuntamente para seleccionar los medicamentos que son necesarios a fin de que el tratamiento y el cuidado de la salud que recibe sean integrales.

Su plan generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en la **Lista de Medicamentos**, siempre y cuando:

- El medicamento sea médicamente necesario
- La receta se surta en una farmacia de la red
- Se sigan otras reglas del plan

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Nota para los miembros actuales:

Esta lista **completa** de los medicamentos con receta que cubre su plan está actualizada con fecha 1 de noviembre de 2018.

Para obtener una lista actualizada de los medicamentos cubiertos o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Esta Lista de Medicamentos cambió con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que sus medicamentos con receta aún estén cubiertos. En la mayoría de los casos, usted debe usar farmacias de la red para que el plan cubra sus medicamentos con receta.

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta **Lista de Medicamentos**, se refieren a UnitedHealthcare. Cuando dice “el plan”, “nuestro plan” o “su plan”, se refiere a UnitedHealthcare Dual Complete.

¿Cómo uso la Lista de Medicamentos?

Hay 2 formas de encontrar sus medicamentos con receta en esta **Lista de Medicamentos**:

- 1. Por nombre.** Para ver la lista de nombres de medicamentos en orden alfabético, consulte la sección “Medicamentos cubiertos listados por nombre (**Índice de medicamentos**)” en las páginas 12–31. Busque el nombre de su medicamento. Al lado del medicamento está el número de página donde se encuentra.
- 2. Por condición médica.** Para buscar los medicamentos para sus condiciones médicas, consulte la sección “Medicamentos cubiertos listados por condición de salud” en las páginas 32–106. Por ejemplo, si usted tiene una condición cardíaca, debería buscar en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las condiciones cardíacas.



¿No puede encontrar su medicamento?

Para consultar la **Lista de Medicamentos** completa, visite el sitio web de nuestro plan en www.UHCCommunityPlan.com. Puede usar las herramientas disponibles en Internet para buscar sus medicamentos. Esta información se actualiza con frecuencia.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Nuestro plan cubre tanto medicamentos genéricos como de marca.

Hable con su médico para saber si alguno de los medicamentos de marca que usted toma tiene versiones genéricas.

En la **Lista de Medicamentos**, los medicamentos de **marca** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos aparecen en letra normal (por ejemplo, Simvastatin).

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes a fin de crear un medicamento con receta personalizado de tal manera que satisfaga las necesidades de un paciente en particular. Por regla general, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto sea cubierto, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Es posible que los medicamentos compuestos cumplan los requisitos para ser incluidos en la Parte D. Para obtener más información sobre los medicamentos compuestos, consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Niveles y etapas de pago de los medicamentos

La cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubierto dependerá de:

- La etapa de cobertura de medicamentos en que usted se encuentre.** El plan tiene diferentes etapas de cobertura de medicamentos. Cuando usted surte una receta, la cantidad que paga depende de la etapa de cobertura en la que usted se encuentre.
- El nivel de su medicamento.** El plan tiene 1 nivel llamado “Medicamentos cubiertos”. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel. El cuadro de abajo indica el costo compartido.

Para obtener ayuda o si tiene alguna pregunta acerca del costo de sus medicamentos, consulte la **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Nivel del medicamento	Costo compartido
Nivel 1 “Medicamentos cubiertos”	Coseguro del 25 %

Programa Ayuda Adicional

Si cumple los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, es posible que los copagos y coseguros sean más bajos. Los miembros que cumplen los requisitos del programa Ayuda Adicional recibirán **Evidencia de Cobertura** de la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy Rider, LIS Rider). Léalo para saber sus costos. También puede comunicarse con Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

¿Hay alguna regla o límite en mi cobertura de medicamentos?

Sí, es posible que algunos medicamentos tengan reglas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” del cuadro “Medicamentos cubiertos listados por la condición médica que tratan” que comienza en la página 32. Los códigos y sus significados aparecen a continuación y en la página siguiente.

También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las reglas de cobertura o los límites que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones con respecto a la preautorización y la terapia escalonada. Si quiere que le enviemos una copia, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Reglas y límites de la cobertura

PA = Preautorización

El plan le exige a usted o a su médico que obtenga la preaprobación correspondiente para ciertos medicamentos. Esto significa que el plan necesita más información de parte de su médico para asegurarse de que el medicamento se esté usando correctamente para una condición de salud cubierta por Medicare. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

QL = Límites de cantidad

El plan solamente cubrirá una cierta cantidad de este medicamento por 1 copago o coseguro o durante una cierta cantidad de días. Estos límites se aplican para garantizar el uso seguro y eficaz del medicamento. Si su médico receta una cantidad mayor que esta o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra la cantidad adicional.

ST = Terapia escalonada

Puede haber medicamentos eficaces de menor costo que tratan la misma condición de salud que este medicamento. Quizás sea necesario que primero pruebe 1 o más de estos medicamentos antes de que el plan cubra el medicamento que usted quiere. Si ya probó otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra este medicamento.

Otros requisitos especiales para la cobertura

B/D = Parte B o Parte D de Medicare

Según como sea usado, el medicamento puede estar cubierto por la Parte B de Medicare (médico y cuidado de la salud como paciente ambulatorio) o la Parte D de Medicare (medicamentos con receta). Es posible que su médico deba proporcionar al plan información adicional sobre cómo se utilizará este medicamento para que el plan se asegure de que el medicamento sea cubierto correctamente por Medicare.

LA = Acceso limitado

Si la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos determina que un medicamento solamente puede ser suministrado en ciertos centros o por ciertos médicos, se considera de “acceso limitado”. Este tipo de medicamento puede requerir manejo adicional, una mayor coordinación de proveedores o educar al paciente, lo cual no se puede realizar en una farmacia de la red.

MED = Dosis equivalente de morfina

Es posible que se apliquen límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Esta restricción adicional se llama dosis equivalente de morfina acumulativa. La dosis equivalente de morfina se basa en la cantidad de medicamentos opiáceos que le recetaron en un período determinado. Este límite acumulativo se requiere para todos los planes y está diseñado para monitorear los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra la cantidad adicional.

Usted y su médico pueden pedir al plan que haga una excepción a las reglas de cobertura o a los límites de su medicamento. Para obtener más información, consulte la sección “¿Cómo puedo conseguir una excepción?” en la página 8 o consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Si no obtiene la aprobación del plan antes de surtir una receta de un medicamento que tiene reglas de cobertura o límites, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en esta lista?

Aunque su medicamento no esté incluido en esta **Lista de Medicamentos**, es posible que lo cubramos. Llame a Servicio al Cliente para preguntar si está cubierto. O bien visite **www.UHCCommunityPlan.com** para buscarlo por Internet. La información se actualiza con frecuencia.

Si se entera que su medicamento no está cubierto, puede hacer 1 de estas dos cosas:

1. **Pedir a Servicio al Cliente una lista** de medicamentos similares que cubra el plan. Cuando obtenga la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento cubierto.
2. **Pedir al plan que haga una excepción** y cubra su medicamento. Revise la siguiente sección para obtener más información sobre las excepciones.

¿Cómo puedo conseguir una excepción?

A veces, es posible que usted necesite solicitar la cobertura de un medicamento que normalmente el plan no cubre. Esto se llama pedir una excepción. En este caso, el plan revisará su solicitud y le comunicará una decisión de cobertura. A esto se le llama determinación de cobertura.

Tipos de excepciones que usted puede pedir

- Excepción a la Lista de Medicamentos:** Pedir al plan que cubra su medicamento, aunque no esté en la **Lista de Medicamentos**. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado. Usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Excepción de utilización:** Pedir al plan que modifique las reglas de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo: Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedir al plan que cambie el límite y cubra una cantidad mayor.

Es posible que el plan apruebe su solicitud de excepción si los otros medicamentos cubiertos no serían tan eficaces para tratar su condición o si causarían efectos médicos adversos.

¿Quién puede pedir una excepción?

Usted, su representante autorizado o su médico pueden pedir una excepción por teléfono a Servicio al Cliente. Su médico debe darnos una declaración de respaldo con el motivo de la excepción.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Una vez que recibamos la declaración de su médico en respaldo de su solicitud de una excepción, le daremos una decisión en un plazo no mayor de 72 horas. Usted puede solicitar una decisión rápida si usted o su médico creen que su salud podría correr un grave peligro si se esperan 72 horas. Si se aprueba su solicitud rápida, le daremos una decisión en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.

¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?

Como miembro nuevo o existente del plan, es posible que cubramos un suministro temporal de su medicamento si dicho medicamento no aparece en nuestra Lista o si el medicamento tiene reglas o límites. Por ejemplo, tal vez requiera preautorización de nuestra parte antes de surtir su receta. Mientras recibe el suministro temporal del medicamento, hable con su médico para determinar si existe un medicamento similar en la **Lista de Medicamentos** del plan que usted pueda tomar. Si usted y su médico deciden que este es el único medicamento que le servirá a usted, entonces deberá solicitar una excepción. Es posible que el plan cubra un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía.

El siguiente cuadro indica qué cantidad de su medicamento podemos cubrir mientras usted pide una excepción:

Si usted...	Y...	Puede pedir...
Es un miembro nuevo desde hace menos de 90 días O Fue miembro el año pasado y está dentro de los primeros 90 días del año de su plan	No está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	Un suministro temporal de al menos 30 días
	Está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	Un suministro temporal de al menos 98 días
Ha estado en el plan durante más de 90 días	Está en un asilo de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente	Un suministro de emergencia de al menos 31 días
Está pasando por un cambio en su nivel de cuidado, por ejemplo, será trasladado de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, en cualquier momento del año	No está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	Un suministro temporal de al menos 30 días
	Está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	Un suministro temporal de al menos 31 días

La receta se debe surtir en una farmacia de la red. Además, si su receta es por menos días, podrá resurtirla varias veces. De esta manera, usted podrá obtener su suministro temporal completo.

Después de este suministro temporal de emergencia, no pagaremos más su medicamento a menos que usted reciba la autorización del plan.

¿La Lista de Medicamentos puede cambiar?

Tratamos de cambiar lo menos posible la **Lista de Medicamentos** durante el año del plan. Ocasionalmente, es posible que necesitemos hacer cambios por razones de seguridad o de otra índole.

La **Lista de Medicamentos** puede cambiar durante el año si el plan:

- Agrega nuevos medicamentos a medida que salen al mercado, incluso si se trata de medicamentos genéricos.
- Elimina un medicamento de la lista porque se determina que no es eficaz o seguro.
- Cambia los requisitos o límites de un medicamento.

Si quitamos un medicamento de la lista

Por lo general, si usted está tomando un medicamento de esta **Lista de Medicamentos** que estuvo cubierto al principio del año, no lo quitaremos ni reduciremos su cobertura durante el año. Si usted está tomando un medicamento que se quita de la lista porque aparece una versión genérica, le avisaremos. Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) anuncia que un medicamento que usted está tomando no es eficaz o no es seguro, lo sacaremos inmediatamente de la **Lista de Medicamentos**.

Si cambiamos las reglas de cobertura o los límites

Si agregamos el requisito de preaprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, le avisaremos. Para averiguar si su medicamento tiene alguna regla o límite, consulte el cuadro de las páginas 107-131.

Si hay algún cambio, le avisaremos

Si un medicamento es eliminado de la **Lista de Medicamentos** durante el año del plan, incluiremos información actualizada en la **Explicación de Beneficios** de la Parte D. Si se produce cualquier otro cambio en nuestra **Lista de Medicamentos**, le avisaremos al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando usted solicite un resurtido del medicamento. Si usted se entera cuando solicita un resurtido, recibirá un suministro de 60 días del medicamento para que tenga tiempo de hablar con su médico. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos que cubre nuestro plan, llame a Servicio al Cliente o bien visite **www.UHCommunityPlan.com** para encontrar esa información en Internet.

Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes

Medicamentos envasados con un suministro extendido de días

Algunos medicamentos vienen envasados de fábrica con un suministro mayor de 1 mes. Cuando usted surte estos medicamentos, es posible que tenga que pagar más que 1 copago o coseguro por una sola receta. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Costo compartido diario de medicamentos orales surtidos por menos de un suministro de 1 mes

Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de suministro en un mes.

El costo compartido diario se aplica únicamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (por ejemplo, una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de 1 mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de costo compartido diario no se aplican a ninguno de los siguientes medicamentos:

1. Dosis orales sólidas de antibióticos.
2. Dosis orales sólidas suministradas en su envase original, o que generalmente se suministran en su envase original para ayudar a los pacientes a cumplir con las instrucciones de uso y dosificación.

Para obtener más información

Si desea información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta del plan, consulte el documento **Evidencia de Cobertura** y otros documentos del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de medicamentos con receta de su plan, estamos a su disposición para ayudarle. Llame gratis a Servicio al Cliente al **1-877-614-0623**, TTY **711**, De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visítenos en Internet en **www.UHCCommunityPlan.com**.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, visite www.medicare.gov o llame a Medicare al 1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicamentos cubiertos listados por nombre (Índice de medicamentos)

A	
Abacavir.....	61
Abacavir Sulfate/Lamivudine/ Zidovudine.....	62
Abacavir/Lamivudine.....	62
Abelcet.....	49
Abilify Maintena.....	58
Abraxane.....	52
Abstral.....	34
Acamprosate Calcium DR.....	36
Acarbose.....	64
Acebutolol HCl.....	69
Acetaminophen/Codeine.....	34
Acetazolamide.....	73
Acetazolamide ER.....	73
Acetazolamide Sodium.....	73
Acetic Acid.....	102
Acetylcysteine.....	105
Acitretin.....	78
Actemra.....	97
ActHIB.....	97
Actimmune.....	97
Acyclovir.....	61
Acyclovir Sodium.....	61
Adacel.....	97
Adagen.....	85
Adapalene.....	78
Adcirca.....	105
Adefovir Dipivoxil.....	60
Adempas.....	105
Adriamycin.....	52
Adrucil.....	52
Advair Diskus.....	105
Advair HFA.....	105
Afeditab CR.....	70
Afinitor.....	54
Afinitor Disperz.....	54
Ala-Cort.....	86
Albenza.....	56
Albuterol Sulfate.....	104
Alclometasone Dipropionate	86
Alcohol Prep Pads.....	99
Aldurazyme.....	85
Alecensa.....	54
Alendronate Sodium.....	98, 99
Alfuzosin HCl ER.....	86
Alimta.....	52
Alinia.....	56
Aliqopa.....	54
Allopurinol.....	50
Alocril.....	100
Alomide.....	100
Alosetron HCl.....	84
Aloxi.....	48
Alphagan P.....	101
Alprazolam.....	63
Altavera.....	90
Alunbrig.....	54
Alyacen 1/35.....	90
Amantadine HCl.....	56
AmBisome.....	49
Amethia.....	90
Amethia Lo.....	90
Amikacin Sulfate.....	37
Amiloride HCl.....	73
Amiloride/Hydrochlorothiazide	71
Aminophylline.....	104
Aminosyn 7%/Electrolytes.....	79
Aminosyn 8.5%/Electrolytes	79
Aminosyn II.....	79
Aminosyn II 8.5%/Electrolytes	79
Aminosyn-HBC.....	79
Aminosyn-PF.....	79
Aminosyn-RF.....	79
Amiodarone HCl.....	69
Amitiza.....	84
Amitriptyline HCl.....	47
Amlodipine Besylate.....	70
Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium.....	71
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl.....	71
Amlodipine Besylate/Valsartan	71
Amlodipine/Olmesartan Medoxomil.....	71
Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide.....	71
Ammonium Lactate.....	78
Amoxapine.....	47
Amoxicillin.....	40
Amoxicillin/Clavulanate Potassium.....	40
Amoxicillin/Clavulanate Potassium ER.....	40

Amphetamine/ Dextroamphetamine..... 75, 76	Atazanavir Sulfate..... 62	Bacitracin/Polymyxin B..... 100
Amphotericin B..... 49	Atenolol.....69	Baclofen..... 106
Ampicillin.....40	Atenolol/Chlorthalidone..... 71	Bactocill in Dextrose.....40
Ampicillin Sodium.....40	Atgam..... 96	Bactroban Nasal..... 37
Ampicillin-Sulbactam.....40	Atomoxetine..... 76	Balsalazide Disodium..... 98
Ampyra..... 77	Atorvastatin Calcium..... 74	Balziva.....90
Anadrol-50..... 89	Atovaquone..... 56	Banzel..... 45
Anagrelide HCl.....67	Atovaquone/Proguanil HCl....56	Baraclude..... 60
Anastrozole..... 54	Atripla.....61	Bavencio.....55
Androderm..... 89	Atropine Sulfate..... 83, 100	BCG Vaccine.....97
AndroGel..... 89	Atrovent HFA..... 103	Bekyree.....90
AndroGel Pump..... 89	Aubagio..... 77	Beleodaq..... 54
Anoro Ellipta..... 105	Aubra..... 90	Belsomra..... 106
Anzemet.....48	Augmented Betamethasone Dipropionate..... 86	Benazepril HCl..... 69
Apokyn.....57	Auryxia..... 82	Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide..... 71
Apraclonidine..... 101	Austedo..... 77	Benlysta..... 97
Aprepitant..... 48	Avandia..... 64	Benznidazole.....56
Apri.....90	Avastin..... 55	Benztropine Mesylate.....56
Apriso.....98	Aviane..... 90	Bepreve..... 101
Aptiom..... 44	Avonex..... 77	Berinert..... 95
Aptivus..... 62	Avonex Pen..... 77	Besivance..... 41
Aralast NP.....85	Azacitidine.....67	Betamethasone Dipropionate 86
Aranelle.....90	Azactam.....39	Betamethasone Valerate..... 87
Aranesp Albumin Free.....67	Azasite..... 41	Betaseron..... 77
Arcalyst..... 97	Azathioprine..... 95	Betaxolol HCl..... 69, 101
Argatroban..... 66	Azelastine HCl..... 100, 102	Bethanechol Chloride.....86
Aripiprazole..... 58	Azilect..... 57	Bethkis..... 104
Aripiprazole ODT..... 58	Azithromycin..... 41	Betimol..... 101
Aristada.....58	Azopt.....101	Bevespi Aerosphere..... 105
Arnuity Ellipta..... 103	Aztreonam..... 39	Bexarotene..... 56
Arranon..... 52	B	Bexsero.....97
Ashlyna..... 90	BACiiM.....37	Bicalutamide..... 52
Aspirin/Dipyridamole.....68	Bacitracin.....37	

Bicillin C-R.....	40	Buprenorphine HCl/Naloxone HCl.....	36	Captopril/Hydrochlorothiazide	72
Bicillin L-A.....	40	Bupropion HCl.....	46	Carac.....	78
BiCNU.....	51	Bupropion HCl SR.....	36, 46	Carafate.....	84
BiDil.....	71	Bupropion HCl XL.....	46	Carbaglu.....	79
Biktarvy.....	62	Buspirone HCl.....	63	Carbamazepine.....	45
Biltricide.....	56	Busulfan.....	51	Carbamazepine ER.....	45
Binosto.....	99	Busulfex.....	51	Carbidopa.....	57
Bisoprolol Fumarate.....	69	Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine.....	32	Carbidopa/Levodopa.....	57
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide.....	72	Butalbital/Aspirin/Caffeine....	32	Carbidopa/Levodopa ER.....	57
BIVIGAM.....	96	Butorphanol Tartrate.....	34	Carbidopa/Levodopa ODT....	57
Bleomycin Sulfate.....	52	Bydureon Bcise.....	64	Carbidopa/Levodopa/ Entacapone.....	57
Blephamide.....	100	Bydureon Pen.....	64	Carboplatin.....	52
Blephamide S.O.P.....	100	Bydureon Vial.....	64	Cardene IV.....	70
Blisovi 24 Fe.....	90	Byetta.....	64	Carimune Nanofiltered.....	96
Blisovi Fe 1.5/30.....	90	Bystolic.....	69	Carteolol HCl.....	101
Blisovi Fe 1/20.....	90	C		Cartia XT.....	70
Boostrix.....	97	Cabergoline.....	94	Carvedilol.....	69
Bortezomib.....	52	Cabometyx.....	54	Caspofungin Acetate.....	49
Bosulif.....	54	Calcipotriene.....	78	Cayston.....	104
Botox.....	99	Calcitonin-Salmon.....	99	Caziant.....	90
Breo Ellipta.....	105	Calcitriol.....	78, 99	Cefaclor.....	38
Briellyn.....	90	Calcium Acetate.....	82	Cefadroxil.....	38
Brilinta.....	68	Calquence.....	54	Cefazolin Sodium.....	39
Brimonidine Tartrate.....	101	Camila.....	93	Cefdinir.....	39
Briviact.....	43	Camrese Lo.....	90	Cefepime.....	39
Bromocriptine Mesylate.....	57	Canasa.....	98	Cefixime.....	39
Brovana.....	104	Cancidas.....	49	Cefotaxime Sodium.....	39
Budesonide.....	98, 103	Candesartan Cilexetil.....	68	Cefotetan.....	39
Budesonide ER.....	98	Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide.....	72	Cefoxitin Sodium.....	39
Bumetanide.....	73	Capastat Sulfate.....	51	Cefpodoxime Proxetil.....	39
Buphenyl.....	85	Caprelsa.....	54	Cefprozil.....	39
Buprenorphine HCl.....	36	Captopril.....	69	Ceftazidime.....	39

Ceftriaxone Sodium.....	39	Cilostazol.....	68	Clopidogrel.....	68
Cefuroxime Axetil.....	39	Ciloxan.....	41	Clorazepate Dipotassium.....	63
Cefuroxime Sodium.....	39	Cimduo.....	62	Clotrimazole.....	49
Celecoxib.....	32	Cimetidine.....	83	Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate.....	78
Cellcept.....	95	Cimetidine HCl.....	83	Clozapine.....	59
Celontin.....	43	Cimzia.....	95	Clozapine ODT.....	60
Cephalexin.....	39	Cinryze.....	95	Coartem.....	56
Cerezyme.....	85	Cipro HC.....	102	Codeine Sulfate.....	34
Cesamet.....	48	Ciprodex.....	102	Colchicine.....	50
Cetirizine HCl.....	102	Ciprofloxacin.....	41	Colcrys.....	50
Chantix.....	36	Ciprofloxacin ER.....	41	Colesevelam HCl.....	74
Chantix Continuing Month Pak	36	Ciprofloxacin HCl.....	41	Colestipol HCl.....	74
Chantix Starting Month Pak...	37	Ciprofloxacin I.V. in D5W.....	42	Colistimethate Sodium.....	37
Chemet.....	82	Cisplatin.....	52	Colocort.....	98
Chenodal.....	83	Citalopram HBr.....	46	Coly-Mycin S.....	102
Chloramphenicol Sodium Succinate.....	37	Cladribine.....	52	Combigan.....	101
Chlordiazepoxide HCl.....	63	Claravis.....	78	Combivent Respimat.....	105
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse.....	78	Clarithromycin.....	41	Combivir.....	62
Chloroquine Phosphate.....	56	Clarithromycin ER.....	41	Cometriq.....	54
Chlorothiazide.....	73	Climara Pro.....	90	Complera.....	61
Chlorothiazide Sodium.....	73	Clindamycin HCl.....	37	Compro.....	48
Chlorpromazine HCl.....	57	Clindamycin Palmitate HCl....	37	Constulose.....	84
Chlorthalidone.....	73	Clindamycin Phosphate...	37, 78	Copaxone.....	77
Chlorzoxazone.....	106	Clindamycin Phosphate in D5W	37	Cordran.....	87
Cholbam.....	85	Clindamycin/Benzoyl Peroxide	78	Corlanor.....	72
Cholestyramine.....	74	Clobetasol Propionate.....	87	Cortisone Acetate.....	87
Cholestyramine Light.....	74	Clofarabine.....	52	Cortisporin.....	78
Chorionic Gonadotropin.....	89	Clomipramine HCl.....	47	Cosentyx.....	78
Ciclopirox.....	49	Clonazepam.....	63	Cosentyx Sensoready Pen....	78
Ciclopirox Nail Lacquer.....	49	Clonazepam ODT.....	63	Cosmegen.....	53
Ciclopirox Olamine.....	49	Clonidine HCl.....	68	Cosopt PF.....	101
Cidofovir.....	60	Clonidine HCl ER.....	76	Cotellic.....	54
				Coumadin.....	66

Creon.....	85	Darzalex.....	55	Dextrose 10%/NaCl 0.45%... 80
Crinone.....	93	Daunorubicin HCl.....	53	Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%... 80
Crixivan.....	62	Deblitane.....	93	Dextrose 5%..... 80
Cromolyn Sodium.....	83, 101, 104	Decitabine.....	53	Dextrose 5%/Lactated Ringers 80
Cryselle-28.....	90	Delyla.....	90	Dextrose 5%/NaCl 0.2%..... 80
Cubicin.....	37	Demeclocycline HCl.....	42	Dextrose 5%/NaCl 0.225%.... 80
Cuprimine.....	86	Demser.....	72	Dextrose 5%/NaCl 0.33%..... 80
Cuvposa.....	83	Denavir.....	61	Dextrose 5%/NaCl 0.45%..... 80
Cyclafem.....	90	Depen Titratabs.....	86	Dextrose 5%/NaCl 0.9%..... 80
Cyclobenzaprine HCl.....	106	Depo-Estradiol.....	90	Diastat AcuDial..... 44
Cyclophosphamide.....	51	Depo-Medrol.....	87	Diastat Pediatric..... 44
Cycloset.....	64	Depo-Provera.....	93	Diazepam..... 64
Cyclosporine.....	95	Descovy.....	62	Diazepam Intensol..... 64
Cyclosporine Modified.....	95	Desipramine HCl.....	47	Diclofenac Potassium..... 32
Cyproheptadine HCl.....	102	Desmopressin Acetate.....	89	Diclofenac Sodium... 32, 78, 101
Cyramza.....	54	Desogestrel/Ethinyl Estradiol	90	Diclofenac Sodium DR..... 32
Cystadane.....	85	Desonide.....	87	Diclofenac Sodium ER..... 32
Cystagon.....	85	Desoximetasone.....	87	Dicloxacillin Sodium..... 40
Cystaran.....	100	Desvenlafaxine ER.....	46	Dicyclomine HCl..... 83
Cytarabine Aqueous.....	52	Dexamethasone.....	87	Didanosine..... 62
D		Dexamethasone Intensol.....	87	Dificid..... 41
Dacarbazine.....	51	Dexamethasone Sodium Phosphate.....	87, 101	Diflunisal..... 32
Dacogen.....	53	Dexilant.....	84	Digitek..... 72
Dactinomycin.....	53	Dexmethylphenidate HCl.....	76	Digox..... 72
Daklinza.....	60	Dexmethylphenidate HCl ER	76	Digoxin..... 72
Daliresp.....	104	Dextrazoxane.....	53	Dihydroergotamine Mesylate 50
Dalvance.....	37	Dextroamphetamine Sulfate	76	Dilantin..... 45
Danazol.....	89	Dextroamphetamine Sulfate ER	76	Dilantin INFATABS..... 45
Dantrolene Sodium.....	106	Dextrose 10%.....	80	Dilt-XR..... 70
Dapsone.....	51	Dextrose 10%/NaCl 0.2%.....	80	Diltiazem HCl..... 70
Daptacel.....	97			Diltiazem HCl ER..... 70
Daptomycin.....	37			Dipentum..... 98
DARAPRIM.....	56			

Diphenhydramine HCl.....	103	Durezol.....	101	Enbrel.....	95
Diphenoxylate/Atropine.....	83	Dutasteride.....	86	Enbrel SureClick.....	95
Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric.....	97	Dymista.....	106	Endocet.....	34
Disulfiram.....	36	Dyrenium.....	73	Engerix-B.....	97
Diuril.....	73	Dysport.....	99	Enoxaparin Sodium.....	66
Divalproex Sodium.....	64	E		Enpresse-28.....	90
Divalproex Sodium DR.....	64	E.E.S. Granules.....	41	Enskyce.....	90
Divalproex Sodium ER.....	64	Econazole Nitrate.....	49	Entacapone.....	56
Docetaxel.....	53	Edarbi.....	68	Entecavir.....	60
Dofetilide.....	69	Edarbyclor.....	72	Entocort EC.....	98
Donepezil HCl.....	45	Edecrin.....	73	Entresto.....	72
Donepezil HCl ODT.....	45	Edurant.....	61	Enulose.....	84
Doripenem.....	39	Efavirenz.....	61	Envarsus XR.....	95
Dorzolamide HCl.....	101	Egrifta.....	94	Epclusa.....	60
Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	101	Elaprase.....	85	Epinastine HCl.....	101
Doxazosin Mesylate.....	68	Elelyso.....	85	Epinephrine.....	104
Doxepin HCl.....	48, 78	Elestrin.....	90	EpiPen.....	104
Doxercalciferol.....	99	Elidel.....	78	Epirubicin HCl.....	53
Doxil.....	53	Eliquis.....	66	Epitol.....	45
Doxorubicin HCl.....	53	Eliquis Starter Pack.....	66	Epivir HBV.....	60
Doxorubicin HCl Liposome.....	53	Elitek.....	56	Eplerenone.....	73
Doxy 100.....	42	Ellence.....	53	Eprosartan Mesylate.....	68
Doxycycline.....	42	Elmiron.....	86	Epzicom.....	62
Doxycycline Hyclate.....	42	Embeda.....	33	Eraxis.....	49
Doxycycline Monohydrate.....	43	Emcyt.....	52	Erbitux.....	55
Dronabinol.....	48	Emend.....	48	Ergotamine Tartrate/Caffeine	50
Drospirenone/Ethinyl Estradiol	90	Emend Tripack.....	48	Erivedge.....	54
Droxia.....	52	Emoquette.....	90	Erleada.....	52
Duavee.....	90	Empliciti.....	55	Errin.....	93
Dulera.....	105	Emsam.....	46	Erwinaze.....	53
Duloxetine HCl.....	77	Emtriva.....	62	Ery.....	78
Duramorph.....	34	Enalapril Maleate.....	69	Ery-Tab.....	41
		Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide.....	72	EryPed 200.....	41

EryPed 400.....	41	F	Flector.....	32	
Erythrocin Lactobionate.....	41	Fabrazyme.....	85	Flovent Diskus.....	103
Erythromycin.....	41, 79	Falmina.....	90	Flovent HFA.....	103
Erythromycin Base.....	41	Famciclovir.....	61	Fluconazole.....	49
Erythromycin Ethylsuccinate	41	Famotidine.....	83	Fluconazole in NaCl.....	49
Erythromycin/Benzoyl Peroxide	79	Famotidine Premixed.....	83	Flucytosine.....	49
Esbriet.....	105	Fanapt.....	58	Fludarabine Phosphate.....	53
Escitalopram Oxalate.....	47	Fanapt Titration Pack.....	58	Fludrocortisone Acetate.....	87
Esomeprazole Magnesium....	84	Fareston.....	52	Flunisolide.....	103
Esomeprazole Sodium.....	84	Farydak.....	54	Fluocinolone Acetonide.....	87, 102
Estartylla.....	90	Faslodex.....	52	Fluocinolone Acetonide Scalp	87
Estrace.....	90	Fazaclo.....	60	Fluocinonide.....	87
Estradiol.....	90	Felbamate.....	44	Fluocinonide Emulsified Base	87
Estradiol Valerate.....	90	Felbatol.....	44	Fluorometholone.....	102
Estring.....	90	Felodipine ER.....	70	Fluorouracil.....	52, 79
Ethacrynic Acid.....	73	Femring.....	90	Fluoxetine DR.....	47
Ethambutol HCl.....	51	Femynor.....	90	Fluoxetine HCl.....	47
Ethosuximide.....	43	Fenofibrate.....	74	Fluphenazine Decanoate.....	57
Ethinodiol Diacetate/Ethinyl Estradiol.....	90	Fenofibrate Micronized.....	74	Fluphenazine HCl.....	57
Etidronate Disodium.....	99	Fenofibric Acid.....	74	Flurbiprofen.....	32
Etodolac.....	32	Fenofibric Acid DR.....	74	Flurbiprofen Sodium.....	102
Etodolac ER.....	32	Fentanyl.....	33	Flutamide.....	52
Etopophos.....	54	Fentanyl Citrate Oral Transmucosal.....	34, 35	Fluticasone Propionate.....	87, 103
Etoposide.....	54	Ferriprox.....	82	Fluticasone Propionate/ Salmeterol.....	106
Eurax.....	56	Fetzima.....	47	Fluvastatin.....	74
Evotaz.....	62	Fetzima Titration Pack.....	47	Fluvoxamine Maleate.....	47
Exelderm.....	49	Finacea.....	79	FML.....	102
Exemestane.....	54	Finasteride.....	86	FML Forte.....	102
Exjade.....	82	Firazyr.....	95	Folotyn.....	52
Exondys 51.....	85	Firmagon.....	94	Flecainide Acetate.....	69
Ezetimibe.....	74	Flarex.....	101	Fomepizole.....	99
Ezetimibe/Simvastatin.....	74	Flebogamma DIF.....	96		

Fondaparinux Sodium..... 66	Gemcitabine HCl.....52	H
Forteo.....99	Gemfibrozil..... 74	Haegarda..... 95
Fosamprenavir Calcium..... 62	Gemzar..... 52	Halaven..... 53
Fosinopril Sodium.....69	Generlac..... 84	Halobetasol Propionate.....87
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide..... 72	Gengraf.....95	Haloperidol..... 58
Fosphenytoin Sodium..... 45	Genotropin..... 89	Haloperidol Decanoate..... 58
Fosrenol.....82	Genotropin Miniquick.....89	Haloperidol Lactate..... 58
FreAmine HBC 6.9%.....80	Gentak..... 37	Harvoni.....60
Furosemide..... 73	Gentamicin Sulfate..... 37	Havrix..... 97
Fusilev..... 53	Gentamicin Sulfate/0.9% Sodium Chloride.....37	Heparin Sodium..... 67
Fuzeon..... 62	Genvoya.....61	Heparin Sodium/D5W..... 67
Fyavolv..... 91	Geodon..... 58	HepatAmine..... 80
Fycompa..... 44	Gianvi..... 91	Hepsera..... 60
G	Gilenya..... 77	Herceptin..... 55
Gabapentin..... 44	Gilotrif..... 54	Hetlioz..... 106
Gabitril..... 44	Glassia..... 85	Hexalen..... 51
Galantamine HBr..... 45	Glatiramer Acetate.....77	Hiberix.....97
Galantamine HBr ER..... 45	Glatopa..... 77	Humalog Cartridge..... 65
Gamastan S/D.....96	Gleostine..... 51	Humalog Junior KwikPen.....65
Gammagard Liquid.....96	Glimepiride..... 64	Humalog KwikPen..... 65
Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml..... 96	Glipizide..... 64	Humalog Mix 50/50 KwikPen 65
Gammaked.....96	Glipizide ER..... 64	Humalog Mix 50/50 Vial.....65
Gammplex..... 96	Glipizide/Metformin HCl..... 64	Humalog Mix 75/25 KwikPen 66
Gamunex-C.....96	GlucaGen HypoKit..... 65	Humalog Mix 75/25 Vial.....66
Ganciclovir.....60	Glucagon Emergency Kit..... 65	Humalog Vial..... 66
Gardasil 9..... 97	Glycopyrrolate.....83	Humatrope..... 89
Gatifloxacin.....42	Glyxambi.....64	Humatrope Combo Pack..... 89
Gattex.....83	Granisetron HCl..... 49	Humira..... 95
Gauze.....99	Granix.....67	Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack.....95
GaviLyte-C..... 84	Griseofulvin Microsize..... 49	Humira Pen.....95
GaviLyte-G..... 84	Griseofulvin Ultramicrosize.... 49	Humira Pen Crohns Disease Starter Pack..... 95
GaviLyte-N/Flavor Pack.....84	Guanfacine ER..... 76	
	Guanidine HCl.....51	

Jentadueto.....	65	Ketoconazole.....	50	Lanoxin.....	72
Jentadueto XR.....	65	Ketorolac Tromethamine.....	33, 102	Lansoprazole.....	84
Jevtana.....	55	Keytruda.....	55	Lanthanum Carbonate.....	82
Jinteli.....	91	Kimidess.....	91	Lantus SoloStar.....	66
Jolivette.....	93	Kineret.....	95	Lantus Vial.....	66
Jublia.....	49	Kinrix.....	97	Larin 1.5/30.....	91
Juleber.....	91	Kionex.....	82	Larin 1/20.....	91
Juluca.....	61	Kisqali.....	53	Larin Fe 1.5/30.....	91
Junel 1.5/30.....	91	Kisqali Femara 200 Dose.....	53	Larin Fe 1/20.....	91
Junel 1/20.....	91	Kisqali Femara 400 Dose.....	53	Larissia.....	91
Junel Fe 1.5/30.....	91	Kisqali Femara 600 Dose.....	53	Lartruvo.....	55
Junel Fe 1/20.....	91	Klor-Con.....	80	Lastacaft.....	100
Junel Fe 24.....	91	Klor-Con 10.....	80	Latanoprost.....	102
Juxtapid.....	74	Klor-Con 8.....	80	Latuda.....	58
K					
Kadcyla.....	55	Klor-Con M10.....	80	Layolis Fe.....	91
Kaitlib Fe.....	91	Klor-Con M15.....	80	Leena.....	91
Kaletra.....	63	Klor-Con M20.....	80	Leflunomide.....	97
Kalydeco.....	104	Klor-Con Sprinkle.....	80	Lenvima.....	55
Kanuma.....	85	Kombiglyze XR.....	65	Lessina.....	91
Kariva.....	91	Korlym.....	89	Letairis.....	105
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%	80	Kurvelo.....	91	Letrozole.....	54
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%...	80	Kuvan.....	85	Leucovorin Calcium.....	53
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45%	80	Kynamro.....	74	Leukeran.....	52
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%...	80	Kyprolis.....	54	Leukine.....	67
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%...	80	L			
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%.....	80	Labetalol HCl.....	69	Leuprolide Acetate.....	94
Kelnor 1/35.....	91	Lacrisert.....	100	Levalbuterol.....	104
Kelnor 1/50.....	91	Lactated Ringers Irrigation...	81	Levemir FlexTouch.....	66
Kenalog-10.....	88	Lactated Ringers Viaflex.....	81	Levemir Vial.....	66
Kenalog-40.....	88	Lactulose.....	84	Levetiracetam.....	43
Kepivance.....	78	Lamivudine.....	60, 62	Levetiracetam ER.....	43
		Lamivudine/Zidovudine.....	62	Levobunolol HCl.....	101
		Lamotrigine.....	44	Levocarnitine.....	81
				Levocetirizine Dihydrochloride	103

Levofloxacin.....	42	Lorazepam.....	64	Meclizine HCl.....	48
Levofloxacin in D5W.....	42	Lorcet.....	35	Medroxyprogesterone Acetate	93
Levoleucovorin.....	53	Lorcet HD.....	35	Mefloquine HCl.....	56
Levonest.....	91	Lorcet Plus.....	35	Megace ES.....	93
Levonorgestrel and Ethinyl Estradiol.....	91	Loryna.....	91	Megestrol Acetate.....	93
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol	91	Losartan Potassium.....	69	Mekinist.....	55
Levora 0.15/30-28.....	91	Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	72	Melodetta 24 Fe.....	91
Levorphanol Tartrate.....	33	Lotemax.....	102	Meloxicam.....	33
Levothyroxine Sodium.....	94	Lotronex.....	84	Melphalan HCl.....	52
Levoxyl.....	94	Lovastatin.....	74	Memantine HCl.....	46
Lexiva.....	63	Low-Ogestrel.....	91	Memantine HCl ER.....	46
Lialda.....	98	Loxapine Succinate.....	58	Memantine HCl Titration Pak	46
Lidocaine.....	36	Lumigan.....	102	Menactra.....	97
Lidocaine HCl.....	36	Lumizyme.....	85	Menest.....	91
Lidocaine Viscous.....	36	Lupaneta Pack.....	94	Mentax.....	50
Lidocaine/Prilocaine.....	36	Lupron Depot.....	94	Menveo.....	97
Lincomycin HCl.....	38	Lupron Depot-Ped.....	94	Mepron.....	56
Lindane.....	56	Lutera.....	91	Mercaptopurine.....	52
Linezolid.....	38	Lynparza.....	55	Meropenem.....	39
Linzess.....	84	Lyrica.....	77	Mesalamine.....	98
Lioresal Intrathecal.....	106	Lysodren.....	94	Mesalamine DR.....	98
Liothyronine Sodium.....	94	Lyza.....	93	Mesna.....	56
Lisinopril.....	69	M		Mesnex.....	56
Lisinopril/Hydrochlorothiazide	72	M-M-R II.....	97	Mestinon.....	51
Lithium.....	64	Magnesium Sulfate.....	81	Metadate ER.....	76
Lithium Carbonate.....	64	Makena.....	93	Metaproterenol Sulfate.....	104
Lithium Carbonate ER.....	64	Malathion.....	56	Metformin HCl.....	65
Lithostat.....	86	Maprotiline HCl.....	47	Metformin HCl ER.....	65
Livalo.....	74	Marlissa.....	91	Methadone HCl.....	34
Lonsurf.....	53	Marplan.....	46	Methazolamide.....	73
Loperamide HCl.....	83	Matulane.....	52	Methenamine Hippurate.....	38
Lopinavir/Ritonavir.....	63	Matzim LA.....	70	Methimazole.....	94
		Mavyret.....	60		

Methotrexate.....	95	Microgestin Fe.....	91	Mycamine.....	50
Methotrexate Sodium.....	95	Microgestin Fe 1.5/30.....	91	Mycophenolate Mofetil.....	95
Methoxsalen.....	79	Midodrine HCl.....	68	Mycophenolic Acid DR.....	95
Methscopolamine Bromide...83		Migergot.....	50	Mylotarg.....	55
Methyclothiazide.....	74	Miglitol.....	65	Myrbetriq.....	86
Methyldopa.....	68	Miglustat.....	85	N	
Methyldopa/ Hydrochlorothiazide.....	72	Mili.....	91	Nabumetone.....	33
Methyldopate HCl.....	68	Minitran.....	75	Nadolol.....	70
Methylphenidate HCl.....	77	Minocycline HCl.....	43	Nadolol/Bendroflumethiazide	72
Methylphenidate HCl ER.....	77	Minoxidil.....	75	Nafcillin Sodium.....	40
Methylprednisolone.....	88	Mirtazapine.....	46	Naftifine HCl.....	50
Methylprednisolone Acetate	88	Mirtazapine ODT.....	46	Naftin.....	50
Methylprednisolone Dose Pack	88	Mirvaso.....	79	Naglazyme.....	85
Methylprednisolone Sodium Succinate.....	88	Misoprostol.....	84	Nalbuphine HCl.....	35
Metipranolol.....	101	Mitomycin.....	53	Naloxone HCl.....	36
Metoclopramide HCl.....	48	Mitoxantrone HCl.....	53	Naltrexone HCl.....	36
Metolazone.....	74	Modafinil.....	106	Namenda XR.....	46
Metoprolol Succinate ER.....	70	Moexipril HCl.....	69	Namenda XR Titration Pack...46	
Metoprolol Tartrate.....	70	Moexipril/Hydrochlorothiazide	72	Namzaric.....	77
Metoprolol/Hydrochlorothiazide	72	Mometasone Furoate.....	88, 103	Naproxen.....	33
Metronidazole.....	38	MonoNessa.....	92	Naproxen DR.....	33
Metronidazole in NaCl 0.79%	38	Montelukast Sodium.....	103	Naratriptan HCl.....	50
Metronidazole Vaginal.....	38	Morphine Sulfate.....	35	Narcan.....	36
Mexiletine HCl.....	69	Morphine Sulfate ER.....	34	Natacyn.....	50
Miacalcin.....	99	Moxeza.....	42	Nateglinide.....	65
Mibelas 24 Fe.....	91	Moxifloxacin HCl/Sodium HCl	42	Natpara.....	99
Miconazole 3.....	50	Moxifloxacin HCl.....	42	Nebupent.....	56
Microgestin 1.5/30.....	91	Mozobil.....	67	Necon 0.5/35-28.....	92
Microgestin 1/20.....	91	Multaq.....	69	Necon 7/7/7.....	92
		Mupirocin.....	38	Nefazodone HCl.....	47
		Mustargen.....	52	Neomycin Sulfate.....	37
		Myalept.....	83	Neomycin/Bacitracin/ Polymyxin.....	100

Neomycin/Polymyxin B Sulfates.....	38	Nitrofurantoin Macrocrystals	38	Nulojix.....	95
Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/Hydrocortisone	100	Nitrofurantoin Monohydrate...38		Nuplazid.....	58
Neomycin/Polymyxin/Dexamethasone.....	100	Nitroglycerin.....	75	Nutrilipid.....	81
Neomycin/Polymyxin/Gramicidin.....	100	Nitroglycerin Lingual.....	75	Nutropin AQ.....	89
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone.....	100, 102	Nitroglycerin Transdermal.....	75	NuvaRing.....	92
Nephramine.....	81	Nitrostat.....	75	Nyamyc.....	50
Nerlynx.....	55	Nora-BE.....	93	Nymalize.....	71
Neulasta.....	67	Norditropin FlexPro.....	89	Nystatin.....	50
Neupogen.....	67	Norethindrone.....	93	Nystop.....	50
Neupro.....	57	Norethindrone Acetate.....	93		
Nevanac.....	102	Norethindrone Acetate.....	93		
Nevirapine.....	61	Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol.....	92	Ocaliva.....	85
Nevirapine ER.....	61	Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	92	Ocella.....	92
Nexavar.....	55	Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	92	Octagam.....	96
Nexium.....	84, 85	Norgestimate/Ethinyl Estradiol	92	Octreotide Acetate.....	94
Niacin ER.....	74	Norlyroc.....	93	Odefsey.....	61
Niacor.....	74	Normosol-M in D5W.....	81	Odomzo.....	55
Nicardipine HCl.....	70	Normosol-R.....	81	Ofev.....	105
Nicotrol.....	37	Normosol-R in D5W.....	81	Ofloxacin.....	42
Nicotrol NS.....	37	Northera.....	68	Ogestrel.....	92
Nifedipine ER.....	71	Nortrel 0.5/35.....	92	Olanzapine.....	58
Nikki.....	92	Nortrel 1/35.....	92	Olanzapine ODT.....	58
Nilandron.....	52	Nortrel 7/7/7.....	92	Olmesartan Medoxomil.....	69
Nilutamide.....	52	Nortriptyline HCl.....	48	Olmesartan Medoxomil/Amlodipine/Hydrochlorothiazide.....	72
Nimodipine.....	71	Norvir.....	63	Olmesartan Medoxomil/Hydrochlorothiazide.....	72
Ninlaro.....	53	Novarel.....	89	Olopatadine HCl.....	101
Nipent.....	52	Noxafil.....	50	Omega-3-Acid Ethyl Esters.....	74
Nitro-Bid.....	75	Nucala.....	106	Omeprazole.....	85
Nitrofurantoin.....	38	Nucynta ER.....	34	Ondansetron HCl.....	49
		Nuedexta.....	77	Ondansetron ODT.....	49
				Onfi.....	44
				Onglyza.....	65
				Opdivo.....	55

Opsumit.....	105	Paromomycin Sulfate.....	37	Phenytoin Sodium Extended	45
Orencia.....	96	Paroxetine HCl.....	47	Phoslyra.....	83
Orencia Clickject.....	96	Paser.....	51	Phospholine Iodide.....	101
Orenitram.....	105	Paxil.....	47	Physiolyte.....	81
Orfadin.....	85	Pazeo.....	101	Physiosol Irrigation.....	81
Orkambi.....	104	Pediarix.....	97	Picato.....	79
Orphenadrine Citrate.....	106	Pedvax HIB.....	97	Pilocarpine HCl.....	78, 101
Orsythia.....	92	PEG 3350/Electrolytes.....	84	Pimozide.....	58
Oseltamivir Phosphate.....	63	PEG-3350/Electrolytes.....	84	Pimtrea.....	92
Osphena.....	93	PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl.....	84	Pindolol.....	70
Otezla.....	97	Peganone.....	45	Pioglitazone HCl.....	65
Oxacillin Sodium.....	40	Pegasys.....	60	Pioglitazone HCl/Glimepiride	65
Oxaliplatin.....	53	Pegasys ProClick.....	60	Pioglitazone HCl/Metformin HCl.....	65
Oxandrolone.....	89	Penicillin G Potassium.....	40	Piperacillin/Tazobactam.....	41
Oxcarbazepine.....	45	Penicillin G Procaine.....	40	Pirmella 1/35.....	92
Oxiconazole Nitrate.....	50	Penicillin G Sodium.....	40	Piroxicam.....	33
Oxistat.....	50	Penicillin V Potassium.....	41	Plasma-Lyte A.....	81
Oxsoralen Ultra.....	79	Pentam 300.....	56	Plasma-Lyte-148.....	81
Oxybutynin Chloride.....	86	Pentasa.....	98	Plenamaine.....	81
Oxybutynin Chloride ER.....	86	Pentoxifylline ER.....	72	Podofilox.....	79
Oxycodone HCl.....	35	Perforomist.....	104	Polyethylene Glycol 3350 Powder.....	84
Oxycodone/Acetaminophen	36	Perindopril Erbumine.....	69	Polymyxin B Sulfate.....	38
Oxycodone/Aspirin.....	36	Periogard.....	78	Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate.....	100
Oxycodone/Ibuprofen.....	36	Perjeta.....	55	Pomalyst.....	52
P		Permethrin.....	56	Portia-28.....	92
Pacerone.....	69	Perphenazine.....	48	Potassium Chloride.....	81
Paclitaxel.....	53	Phenadoz.....	103	Potassium Chloride CR.....	81
Paliperidone ER.....	59	Phenelzine Sulfate.....	46	Potassium Chloride ER.....	81
Palonosetron HCl.....	49	Phenobarbital.....	44	Potassium Chloride/Dextrose	81
Pamidronate Disodium.....	99	Phenoxybenzamine HCl.....	68		
Panretin.....	56	Phenytek.....	45		
Pantoprazole Sodium.....	85	Phenytoin.....	45		
Paricalcitol.....	99	Phenytoin Sodium.....	45		

Potassium Chloride/Dextrose/ Lactated Ringers.....	81	Prilosec.....	85	Propranolol HCl ER.....	70
Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	81	Primaquine Phosphate.....	56	Propranolol/ Hydrochlorothiazide.....	73
Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	81, 82	Primidone.....	44	Propylthiouracil.....	95
Potassium Citrate ER.....	82	Pristiq.....	47	ProQuad.....	97
Pradaxa.....	67	Privigen.....	96	Prosol.....	82
Praluent.....	74	ProAir HFA.....	104	Protriptyline HCl.....	48
Pramipexole Dihydrochloride	57	ProAir RespiClick.....	104	Prudoxin.....	79
Prasugrel.....	68	Probenecid.....	50	Pulmozyme.....	106
Pravastatin Sodium.....	74	Probenecid/Colchicine.....	50	Purixan.....	52
Prazosin HCl.....	68	Procainamide HCl.....	69	Pyrazinamide.....	51
Pred Mild.....	102	Procalamine.....	82	Pyridostigmine Bromide.....	51
Pred-G.....	100	Prochlorperazine.....	48	Pyridostigmine Bromide ER...51	
Pred-G S.O.P.....	100	Prochlorperazine Edisylate....	48	Q	
Prednicarbate.....	88	Prochlorperazine Maleate.....	48	Quadracel.....	97
Prednisolone.....	88	Procrit.....	68	Quasense.....	92
Prednisolone Acetate.....	102	Procto-Med HC.....	98	Quetiapine Fumarate.....	59
Prednisolone Sodium Phosphate.....	88, 102	Procto-Pak.....	98	Quetiapine Fumarate ER.....	59
Prednisone.....	88	Proctosol HC.....	98	Quinapril HCl.....	69
Prednisone Intensol.....	88	Proctozone-HC.....	98	Quinapril/Hydrochlorothiazide	73
Pregnyl w/Diluent Benzyl Alcohol/NaCl.....	89	Procysbi.....	85	Quinidine Gluconate.....	69
Premarin.....	92	Progesterone.....	93	Quinidine Gluconate CR.....	69
Premasol.....	82	Proglycem.....	65	Quinidine Sulfate.....	69
Premphase.....	92	Prograf.....	96	Quinine Sulfate.....	56
Prempro.....	92	Prolastin-C.....	85	R	
Prevalite.....	74	Prolensa.....	102	Rabavert.....	97
Previfem.....	92	Proleukin.....	53	Rabeprazole Sodium.....	85
Prezcobix.....	63	Prolia.....	99	Raloxifene HCl.....	93
Prezista.....	63	Promacta.....	68	Ramipril.....	69
Priftin.....	51	Promethazine HCl.....	103	Ranexa.....	73
		Promethegan.....	103	Ranitidine HCl.....	83, 84
		Propafenone HCl.....	69	Rapaflo.....	86
		Propafenone HCl ER.....	69	Rapamune.....	96
		Proparacaine HCl.....	100		
		Propranolol HCl.....	70		

Rasagiline Mesylate.....	57	Rifabutin.....	51	Saizenprep Reconstitution Kit	89
Ravicti.....	85	Rifampin.....	51	Samsca.....	82
Rayaldee.....	99	Rifater.....	51	Sancuso.....	49
Rebif.....	78	Rilutek.....	77	Sandimmune.....	96
Rebif Rebidose.....	78	Riluzole.....	77	Sandostatin LAR Depot.....	94
Rebif Rebidose Titration Pack	78	Rimantadine HCl.....	63	Santyl.....	79
Rebif Titration Pack.....	78	Ringers Injection.....	82	Saphris.....	59
Reclipsen.....	92	Ringers Irrigation.....	82	Savella.....	77
Recombivax HB.....	97	Riomet.....	65	Savella Titration Pack.....	77
Regranex.....	79	Risedronate Sodium.....	99	Scopolamine.....	48
Relenza Diskhaler.....	63	Risperdal Consta.....	59	Selegiline HCl.....	57
Relistor.....	83	Risperidone.....	59	Selenium Sulfide.....	79
Remicade.....	96	Risperidone ODT.....	59	Selzentry.....	62
Remodulin.....	105	Ritonavir.....	63	Sensipar.....	99
Renagel.....	83	Rituxan.....	55	Serevent Diskus.....	104
Renvela.....	83	Rivastigmine Tartrate.....	45	Seroquel XR.....	59
Repaglinide.....	65	Rivastigmine Transdermal System.....	46	Serostim.....	83
Repaglinide/Metformin HCl...	65	Rizatriptan Benzoate.....	51	Sertraline HCl.....	47
Repatha.....	74	Rizatriptan Benzoate ODT....	51	Setlakin.....	92
Repatha Pushtronex System	74	Ropinirole HCl.....	57	Sevelamer Carbonate.....	83
Repatha SureClick.....	74	Rosuvastatin Calcium.....	74	Sharobel.....	93
Rescriptor.....	61	Rotarix.....	97	Shingrix.....	97
Restasis.....	100	RotaTeq.....	97	Signifor.....	94
Retrovir IV Infusion.....	62	Rowasa.....	98	Sildenafil.....	105
Revatio.....	105	Roweepra.....	43	Silver Sulfadiazine.....	42
Revlimid.....	52	Roweepra XR.....	43	Simbrinza.....	101
Rexulti.....	59	Rozerem.....	106	Simponi.....	96
Reyataz.....	63	Rubraca.....	54	Simponi Aria.....	96
Rhopressa.....	100	Ruconest.....	95	Simulect.....	97
Ribasphere.....	60	Rydapt.....	55	Simvastatin.....	74
Ribavirin.....	60	S		Sirolimus.....	96
Ridaura.....	97	Sabril.....	44	Sirturo.....	51
		Saizen.....	89	Sodium Chloride.....	82

Sodium Chloride 0.9%.....	82	Stalevo 75.....	57	Symbicort.....	106
Sodium Chloride 0.45%.....	82	Stavudine.....	62	Symfi.....	61
Sodium Fluoride.....	82	Stelara.....	79	Symfi Lo.....	61
Sodium Lactate.....	82	Sterile Water Irrigation.....	100	SymlinPen 120.....	65
Sodium Phenylbutyrate.....	86	Stiolto Respimat.....	106	SymlinPen 60.....	65
Sodium Polystyrene Sulfonate	82	Stivarga.....	55	Synagis.....	97
Sodium Sulfacetamide.....	42	Strensiq.....	86	Synarel.....	94
Soliqua 100/33.....	65	Streptomycin Sulfate.....	37	Synercid.....	38
Soltamox.....	52	Stribild.....	61	Synjardy.....	65
Solu-Cortef.....	88	Suboxone.....	36	Synjardy XR.....	65
Solu-Medrol.....	88	Sucraid.....	86	Synribo.....	54
Somatuline Depot.....	94	Sucralfate.....	84	Synthroid.....	94
Somavert.....	94	Sulfacetamide Sodium.....	42	Syprine.....	82
Soriatane.....	79	Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate.....	100	T	
Sotalol HCl.....	69	Sulfadiazine.....	42	Tabloid.....	52
Sovaldi.....	60	Sulfamethoxazole/ Trimethoprim.....	42	Tacrolimus.....	79, 96
Spiriva HandiHaler.....	104	Sulfamethoxazole/ Trimethoprim DS.....	42	Tafinlar.....	55
Spiriva Respimat.....	104	Sulfamylon.....	38	Tagrisso.....	55
Spironolactone.....	73	Sulfasalazine.....	98	Tamiflu.....	63
Spironolactone/ Hydrochlorothiazide.....	73	Sulindac.....	33	Tamoxifen Citrate.....	52
Sporanox.....	50	Sumatriptan.....	51	Tamsulosin HCl.....	86
Sprintec 28.....	92	Sumatriptan Succinate.....	51	Tarceva.....	55
Spritam.....	43	Sumatriptan Succinate Refill	51	Targretin.....	56
Sprycel.....	55	Suprax.....	39	Tarina Fe 1/20.....	92
SPS.....	82	Suprep Bowel Prep Kit.....	84	Tasigna.....	55
Sronyx.....	92	Sustiva.....	61	Taxotere.....	54
SSD.....	42	Sutent.....	55	Tazarotene.....	79
Stalevo 100.....	57	Syeda.....	92	Tazicef.....	39
Stalevo 125.....	57	Sylatron.....	60	Tazorac.....	79
Stalevo 150.....	57	Sylvant.....	97	Taztia XT.....	71
Stalevo 200.....	57			Tecentriq.....	55
Stalevo 50.....	57			Tecfidera.....	78
				Tecfidera Starter Pack.....	78
				Telmisartan.....	69

Telmisartan/Amlodipine.....	73	Tobradex.....	100	Tretinoin.....	56, 79
Telmisartan/ Hydrochlorothiazide.....	73	Tobradex ST.....	100	Tretinoin Microsphere.....	79
Temazepam.....	106	Tobramycin.....	104	Trexall.....	96
Tenivac.....	97	Tobramycin Sulfate.....	37	Trezix.....	36
Tenofovir Disoproxil Fumarate	62	Tobramycin/Dexamethasone	100	Tri-Legest Fe.....	92
Terazosin HCl.....	86	Tobrex.....	37	Tri-Lo-Estarylla.....	92
Terbinafine HCl.....	50	Tolcapone.....	57	Tri-Lo-Sprintec.....	92
Terbutaline Sulfate.....	104	Topiramate.....	44	Tri-Mili.....	92
Terconazole.....	50	Toposar.....	54	Tri-Previfem.....	92
Testosterone Cypionate.....	89	Topotecan HCl.....	54	Tri-Sprintec.....	92
Testosterone Enanthate.....	89	Torisel.....	96	Tri-Vylibra.....	92
Tetanus/Diphtheria Toxoids- Adsorbed Adult.....	98	Torseamide.....	73	Triamcinolone Acetonide.....	88, 103
Tetrabenazine.....	77	Toujeo Max Solostar.....	66	Triamcinolone Acetonide Dental Paste.....	78
Tetracycline HCl.....	43	Toujeo SoloStar.....	66	Triamterene/ Hydrochlorothiazide.....	73
Thalomid.....	52	TPN Electrolytes.....	82	Triderm.....	88
Theophylline.....	105	Tracleer.....	105	Trientine HCl.....	82
Theophylline CR.....	105	Tradjenta.....	65	Trifluoperazine HCl.....	58
Theophylline ER.....	105	Tramadol HCl.....	36	Trifluridine.....	61
Thioridazine HCl.....	58	Tramadol HCl ER.....	34	Trihexyphenidyl HCl.....	56
Thiotepa.....	54	Tramadol HCl/Acetaminophen	36	TriLyte.....	84
Thiothixene.....	58	Trandolapril.....	69	Trimethoprim.....	38
Thymoglobulin.....	96	Tranexamic Acid.....	68	Trimipramine Maleate.....	48
Tiagabine HCl.....	44	Transderm-Scop.....	48	Trinessa.....	92
Tigecycline.....	38	Tranylcypromine Sulfate.....	46	Trintellix.....	47
Timolol Maleate.....	70, 101	Travasol.....	82	Trisenox.....	54
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming.....	101	Travatan Z.....	102	Triumeq.....	61
Tinidazole.....	38	Trazodone HCl.....	47	Trivora-28.....	93
Tivicay.....	61	Treanda.....	52	Trizivir.....	62
Tizanidine HCl.....	106	Trecator.....	51	Trophamine.....	82
TOBI.....	104	Trelegy Ellipta.....	106	Trulicity.....	65
TOBI Podhaler.....	104	Trelstar Mixject.....	94	Trumenba.....	98
		Tresiba FlexTouch.....	66	Truvada.....	62

Twinrix.....	98	Velphoro.....	83	Vosevi.....	60
Tybost.....	61	Veltassa.....	82	Votrient.....	55
Tygacil.....	38	Vemlidy.....	60	VP-PNV-DHA.....	83
Tykerb.....	55	Venclexta.....	55	VPRIV.....	86
Tymlos.....	99	Venclexta Starting Pack.....	55	Vraylar.....	59
Typhim Vi.....	98	Venlafaxine HCl.....	47	Vyfemla.....	93
Tysabri.....	78	Venlafaxine HCl ER.....	47	Vylibra.....	93
U					
Uceris.....	98	Ventavis.....	105	Vyvanse.....	76
Uloric.....	50	Verapamil HCl.....	71	Vyxeos.....	54
Unithroid.....	94	Verapamil HCl ER.....	71	Vyzulta.....	102
Ursodiol.....	83	Verapamil HCl SR.....	71	W	
V					
Valacyclovir HCl.....	61	Versacloz.....	60	Warfarin Sodium.....	67
Valchlor.....	52	Verzenio.....	54	Welchol.....	74
Valcyte.....	60	Vesicare.....	86	Wymzya Fe.....	93
Valganciclovir.....	60	Vfend.....	50	X	
Valganciclovir Hydrochloride	60	Vibramycin.....	43	Xalkori.....	55
Valproate Sodium.....	44	Victoza.....	65	Xarelto.....	67
Valproic Acid.....	44	Vidaza.....	68	Xarelto Starter Pack.....	67
Valsartan.....	69	Videx EC.....	62	Xatmep.....	96
Valsartan/Hydrochlorothiazide	73	Videx Pediatric.....	62	Xeljanz.....	96
Vancocin HCl.....	38	Vienna.....	93	Xeljanz XR.....	96
Vancomycin HCl.....	38	Vigabatrin.....	44	Xenazine.....	77
Vandazole.....	38	Viibryd.....	47	Xgeva.....	99
VAQTA.....	98	Viibryd Starter Pack.....	47	Xifaxan.....	84
Varivax.....	98	Vimpat.....	45	Xiidra.....	100
Varizig.....	96	Vinblastine Sulfate.....	54	Xolair.....	97
Vascepa.....	74	Vincasar PFS.....	54	Xtampza ER.....	34
Vectibix.....	55	Vincristine Sulfate.....	54	Xtandi.....	52
Velcade.....	54	Vinorelbine Tartrate.....	54	Xulane.....	93
Velivet.....	93	Viracept.....	63	Xyrem.....	106
		Viramune.....	61	Y	
		Viread.....	62	Yervoy.....	55
		Vivitrol.....	36	YF-Vax.....	98
		Voriconazole.....	50	Yondelis.....	52

Yuvaferm.....	93	Zenpep.....	86	Zometa.....	99
Z		Zerbaxa.....	39	Zonisamide.....	43
Zafirlukast.....	103	Zerit.....	62	Zorbitive.....	83
Zaleplon.....	106	Ziagen.....	62	Zortress.....	96
Zaltrap.....	54	Zidovudine.....	62	Zostavax.....	98
Zanosar.....	52	Zileuton ER.....	103	Zovia 1/35E.....	93
Zarah.....	93	Zinecard.....	54	Zyclara Pump.....	79
Zarxio.....	68	Zioptan.....	102	Zydelig.....	55
Zavesca.....	86	Ziprasidone HCl.....	59	Zyflo.....	103
Zejula.....	54	Zirgan.....	60	Zyflo CR.....	103
Zelapar.....	57	Zoledronic Acid.....	99	Zykadia.....	55
Zelboraf.....	55	Zolinza.....	54	Zyprexa Relprevv.....	59
Zemaira.....	86	Zolpidem Tartrate.....	106	Zytiga.....	52
Zenchent.....	93	Zomacton.....	89		

Medicamentos cubiertos listados por condición de salud

La lista que aparece abajo tiene información sobre los medicamentos que cubre este plan. Busque su condición médica para ver qué medicamentos están cubiertos. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento, consulte “Medicamentos cubiertos listados por nombre (**Índice de medicamentos**)” en las páginas 12-31.

La primera columna indica el nombre del medicamento, que puede incluir la dosis y la concentración. Los medicamentos de **marca** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos están en letra normal (por ejemplo, Simvastatin). La segunda columna indica el nivel del medicamento. Su plan tiene 1 nivel llamado “Medicamentos cubiertos”. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel. La tercera columna indica las reglas o los límites del medicamento. Si se aplican límites de cantidad (QL) a un medicamento, las cantidades de restricción se indican en el cuadro que aparece en las páginas 107-131.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Analgésicos			Diclofenac Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Analgésicos			Diflunisal (tableta)	1	
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine (50mg-325mg-40mg tableta)	1	QL	Etodolac (200mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Butalbital/Aspirin/ Caffeine (50mg-325mg-40mg cápsula)	1	QL	Etodolac ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos			Flector (parche)	1	PA, QL
Celecoxib (cápsula)	1	QL	Flurbiprofen (tableta)	1	
Diclofenac Potassium (tableta)	1		Ibu (tableta)	1	
Diclofenac Sodium (1% gel)	1	PA	Ibuprofen (100mg/5ml suspensión, 400mg tableta, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	
Diclofenac Sodium DR (tableta de liberación retardada)	1				

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Indomethacin (25mg cápsula, 50mg cápsula)	1		Fentanyl (100mcg/hr parche 72 horas, 12mcg/hr parche 72 horas, 25mcg/hr parche 72 horas, 50mcg/hr parche 72 horas, 75mcg/hr parche 72 horas)	1	QL, MED
Ketorolac Tromethamine (15mg/ml inyección, 30mg/ml inyección, 60mg/2ml inyección)	1		Hydromorphone HCl ER (12mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 8mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	QL, MED
Meloxicam (tableta)	1		Hydromorphone HCl ER (16mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	QL, MED
Nabumetone (tableta)	1		Hydromorphone HCl ER (32mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	QL, MED
Naproxen (125mg/5ml suspensión, 250mg tableta de liberación inmediata, 375mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1		Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	QL, MED
Naproxen DR (tableta de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	1		Levorphanol Tartrate (tableta)	1	QL, MED
Piroxicam (cápsula)	1				
Sulindac (tableta)	1				
Analgésicos opiáceos, acción prolongada					
Embeda (cápsula de liberación prolongada)	1	QL, MED			

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Methadone HCl (10mg tableta, 5mg tableta, 10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	QL, MED
Methadone HCl (10mg/ml inyección)	1	
Morphine Sulfate ER (100mg tableta de liberación prolongada, 15mg tableta de liberación prolongada, 200mg tableta de liberación prolongada, 30mg tableta de liberación prolongada, 60mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	1	QL, MED
Nucynta ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL, MED
Tramadol HCl ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL, MED
Xtampza ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	QL, MED

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Analgésicos opiáceos, acción corta		
Abstral (tableta sublingual)	1	PA, QL
Acetaminophen/ Codeine (120mg-12mg/5ml solución oral, 300mg-15mg tableta, 300mg-30mg tableta, 300mg-60mg tableta)	1	QL, MED
Butorphanol Tartrate (10mg/ml solución nasal)	1	QL, MED
Butorphanol Tartrate (1mg/ml inyección, 2mg/ml inyección)	1	
Codeine Sulfate (tableta)	1	QL, MED
Duramorph (inyección)	1	
Endocet (tableta)	1	QL, MED
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (1200mcg pastilla para chupar con aplicador, 1600mcg pastilla para chupar con aplicador, 600mcg pastilla para chupar con aplicador, 800mcg pastilla para chupar con aplicador)	1	PA, QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (200mcg pastilla para chupar con aplicador, 400mcg pastilla para chupar con aplicador)	1	PA, QL	Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral, 10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)	1	QL, MED
Hydrocodone/Acetaminophen (10mg-325mg tableta, 2.5mg-325mg tableta, 5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg/15ml solución oral)	1	QL, MED	Morphine Sulfate (10mg/ml inyección, 4mg/ml inyección, 8mg/ml inyección)	1	
Hydrocodone/Ibuprofen (7.5mg-200mg tableta)	1	QL, MED	Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata)	1	QL, MED
Hydromorphone HCl (10mg/ml inyección, 50mg/5ml inyección)	1		Morphine Sulfate (2mg/ml inyección, 5mg/ml inyección)	1	
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido)	1	QL, MED	Nalbuphine HCl (inyección)	1	
Hydromorphone HCl (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata, 8mg tableta de liberación inmediata)	1	QL, MED	Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado)	1	QL, MED
Hydromorphone HCl (2mg/ml inyección)	1		Oxycodone HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL, MED
Lorcet (tableta)	1	QL, MED	Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	1	QL, MED
Lorcet HD (tableta)	1	QL, MED			
Lorcet Plus (tableta)	1	QL, MED			

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Oxycodone/ Acetaminophen (tableta)	1	QL, MED
Oxycodone/Aspirin (tableta)	1	QL, MED
Oxycodone/Ibuprofen (tableta)	1	QL, MED
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL, MED
Tramadol HCl/ Acetaminophen (tableta)	1	QL, MED
Trezix (cápsula)	1	QL, MED
Anestésicos		
Anestésicos locales		
Lidocaine (5% ungüento)	1	
Lidocaine (5% parche)	1	PA, QL
Lidocaine HCl (0.5% inyección, 1% inyección, 2% inyección)	1	B/D, PA
Lidocaine HCl (4% solución externa)	1	
Lidocaine HCl (gel)	1	
Lidocaine Viscous (solución)	1	
Lidocaine/Prilocaine (crema)	1	
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias		
Ansiolíticos/disuasivos del alcohol		

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Acamprosate Calcium DR (tableta de liberación retardada)	1	
Disulfiram (tableta)	1	
Naltrexone HCl (tableta)	1	
Vivitrol (inyección)	1	
Tratamientos para la dependencia de los opiáceos		
Buprenorphine HCl (0.3mg/ml inyección)	1	
Buprenorphine HCl (2mg tableta sublingual, 8mg tableta sublingual)	1	QL
Buprenorphine HCl/ Naloxone HCl (tableta sublingual)	1	QL
Suboxone (película)	1	QL
Agentes para reversión de opiáceos		
Naloxone HCl (inyección)	1	
Narcan (líquido)	1	
Agentes para dejar de fumar		
Bupropion HCl SR (150mg tableta de liberación prolongada 12 horas, medicamento disuasivo para dejar de fumar)	1	
Chantix (tableta)	1	
Chantix Continuing Month Pak (tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Chantix Starting Month Pak (tableta)	1	
Nicotrol (inhalador)	1	
Nicotrol NS (solución nasal)	1	
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
Amikacin Sulfate (inyección)	1	
Gentak (ungüento oftálmico)	1	
Gentamicin Sulfate (0.1% crema, 0.1% ungüento, 0.3% solución oftálmica)	1	
Gentamicin Sulfate (40mg/ml inyección)	1	
Gentamicin Sulfate/ 0.9% Sodium Chloride (inyección)	1	
Isotonic Gentamicin (inyección)	1	
Neomycin Sulfate (tableta)	1	
Paromomycin Sulfate (cápsula)	1	
Streptomycin Sulfate (inyección)	1	
Tobramycin Sulfate (0.3% solución oftálmica)	1	
Tobramycin Sulfate (10mg/ml inyección, 80mg/2ml inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tobrex (0.3% ungüento oftálmico)	1	
Antibacterianos, otros		
BACiiM (inyección)	1	
Bacitracin (50000 unidades inyección)	1	
Bacitracin (500 unidades/gm ungüento oftálmico)	1	
Bactroban Nasal (ungüento)	1	PA
Chloramphenicol Sodium Succinate (inyección)	1	
Clindamycin HCl (cápsula de liberación inmediata)	1	
Clindamycin Palmitate HCl (solución oral)	1	
Clindamycin Phosphate (2% crema)	1	
Clindamycin Phosphate (300mg/ 2ml inyección, 600mg/ 4ml inyección, 900mg/ 6ml inyección)	1	
Clindamycin Phosphate in D5W (inyección)	1	
Colistimethate Sodium (inyección)	1	
Cubicin (inyección)	1	
Dalvance (inyección)	1	PA
Daptomycin (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lincomycin HCl (inyección)	1	
Linezolid (100mg/5ml suspensión)	1	PA
Linezolid (600mg tableta)	1	PA, QL
Linezolid (600mg/300ml inyección)	1	PA
Methenamine Hippurate (tableta)	1	
Metronidazole (0.75% crema, 0.75% gel, 1% gel, 0.75% loción)	1	
Metronidazole (250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Metronidazole in NaCl 0.79% (inyección)	1	
Metronidazole Vaginal (gel)	1	
Mupirocin (2% crema)	1	
Mupirocin (2% ungüento)	1	
Neomycin/Polymyxin B Sulfates (solución de irrigación)	1	
Nitrofurantoin (suspensión)	1	
Nitrofurantoin Macrocrystals (100mg cápsula, 50mg cápsula) (Macrochantin genérico)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nitrofurantoin Monohydrate (100mg cápsula) (Macrobid genérico)	1	
Polymyxin B Sulfate (inyección)	1	
Sulfamylon (85mg/gm crema)	1	
Synercid (inyección)	1	
Tigecycline (inyección)	1	
Tinidazole (tableta)	1	
Trimethoprim (tableta)	1	
Tygacil (inyección)	1	
Vancocin HCl (cápsula)	1	
Vancomycin HCl (10gm inyección, 1gm inyección, 500mg inyección, 125mg cápsula, 250mg cápsula)	1	
Vandazole (gel)	1	
Beta-lactámicos, cefalosporinas		
Cefaclor (250mg cápsula de liberación inmediata, 500mg cápsula de liberación inmediata)	1	
Cefadroxil (250mg/5ml suspensión, 500mg/5ml suspensión, 500mg cápsula)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Cefazolin Sodium (inyección)	1		Cefuroxime Axetil (tableta)	1	
Cefdinir (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 300mg cápsula)	1		Cefuroxime Sodium (1.5gm inyección, 7.5gm inyección, 750mg inyección)	1	
Cefepime (inyección)	1		Cephalexin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 750mg cápsula)	1	
Cefixime (suspensión)	1		Suprax (100mg tableta masticable, 200mg tableta masticable)	1	
Cefotaxime Sodium (inyección)	1		Suprax (400mg cápsula, 500mg/5ml suspensión)	1	
Cefotetan (inyección)	1		Tazicef (inyección)	1	
Cefoxitin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 2gm inyección)	1		Zerbaxa (inyección)	1	PA
Cefpodoxime Proxetil (100mg tableta, 200mg tableta, 100mg/5ml suspensión, 50mg/5ml suspensión)	1		Beta-lactámicos, otros		
Cefprozil (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta)	1		Azactam (inyección)	1	
Ceftazidime (inyección)	1		Aztreonam (inyección)	1	
Ceftriaxone Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 250mg inyección, 2gm inyección, 500mg inyección)	1		Doripenem (inyección)	1	
			Imipenem/Cilastatin (inyección)	1	
			Invanz (inyección)	1	
			Meropenem (inyección)	1	
			Beta-lactámicos, penicilinas		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amoxicillin (125mg tableta masticable, 250mg tableta masticable, 125mg/5ml suspensión, 200mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 400mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 500mg tableta, 875mg tableta)	1	
Amoxicillin/ Clavulanate Potassium (200mg-28.5mg tableta masticable, 400mg-57mg tableta masticable, 200mg/5ml-28.5mg/5ml suspensión, 250mg/5ml-62.5mg/5ml suspensión, 400mg/5ml-57mg/5ml suspensión, 600mg/5ml-42.9mg/5ml suspensión, 250mg-125mg tableta de liberación inmediata, 500mg-125mg tableta de liberación inmediata, 875mg-125mg tableta de liberación inmediata) (Augmentin genérico)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amoxicillin/ Clavulanate Potassium ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	
Ampicillin (cápsula)	1	
Ampicillin Sodium (10gm inyección, 125mg inyección, 1gm inyección)	1	
Ampicillin-Sulbactam (inyección)	1	
Bactocill in Dextrose (inyección)	1	
Bicillin C-R (inyección)	1	
Bicillin L-A (inyección)	1	
Dicloxacillin Sodium (cápsula)	1	
Nafcillin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección)	1	
Oxacillin Sodium (10gm inyección)	1	
Oxacillin Sodium (1gm inyección, 2gm inyección)	1	
Penicillin G Potassium (inyección)	1	
Penicillin G Procaine (inyección)	1	
Penicillin G Sodium (inyección)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Penicillin V Potassium (125mg/5ml solución oral, 250mg/5ml solución oral, 250mg tableta, 500mg tableta)	1		EryPed 400 (suspensión)	1	
Piperacillin/Tazobactam (inyección)	1		Erythrocin Lactobionate (inyección)	1	
Macrólidos			Erythromycin (250mg cápsula de liberación retardada)	1	
Azasite (solución oftálmica)	1		Erythromycin (5mg/gm ungüento oftálmico)	1	
Azithromycin (100mg/5ml suspensión, 200mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta, 600mg tableta)	1		Erythromycin Base (tableta)	1	
Azithromycin (500mg inyección)	1		Erythromycin Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión, 400mg tableta)	1	
Clarithromycin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión)	1		Quinolonas		
Clarithromycin (250mg tableta, 500mg tableta)	1		Besivance (suspensión)	1	
Clarithromycin ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Ciloxan (0.3% ungüento)	1	
Dificid (tableta)	1		Ciprofloxacin (suspensión oral)	1	
E.E.S. Granules (suspensión)	1		Ciprofloxacin ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Ery-Tab (tableta de liberación retardada)	1		Ciprofloxacin HCl (0.3% solución oftálmica)	1	
EryPed 200 (suspensión)	1		Ciprofloxacin HCl (tableta de liberación inmediata)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ciprofloxacin I.V. in D5W (inyección)	1	
Gatifloxacin (solución oftálmica)	1	
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	1	
Levofloxacin (250mg tableta, 500mg tableta, 750mg tableta)	1	
Levofloxacin (25mg/ml inyección, 25mg/ml solución oral)	1	
Levofloxacin in D5W (inyección)	1	
Moxeza (solución oftálmica)	1	
Moxifloxacin HCl/ Sodium HCl (inyección)	1	
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica)	1	
Moxifloxacin HCl (tableta)	1	
Ofloxacin (0.3% solución oftálmica)	1	
Ofloxacin (0.3% solución ótica, 300mg tableta, 400mg tableta)	1	
Sulfonamidas		
Silver Sulfadiazine (crema)	1	
Sodium Sulfacetamide (solución oftálmica)	1	
SSD (crema)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico)	1	
Sulfadiazine (tableta)	1	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (200mg-40mg/5ml suspensión, 400mg-80mg tableta)	1	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (400mg-80mg/5ml inyección)	1	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim DS (tableta)	1	
Tetraciclinas		
Demeclocycline HCl (tableta)	1	
Doxy 100 (inyección)	1	
Doxycycline (25mg/ 5ml suspensión)	1	
Doxycycline Hyclate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta de liberación inmediata, 150mg tableta de liberación inmediata, 75mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Doxycycline Monohydrate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)	1		Levetiracetam (1000mg tableta de liberación inmediata, 250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata, 750mg tableta de liberación inmediata, 100mg/ml solución oral)	1	
Minocycline HCl (100mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)	1		Levetiracetam (1000mg/100ml inyección, 1500mg/100ml inyección, 500mg/100ml inyección, 500mg/5ml inyección)	1	
Minocycline HCl (100mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata, 75mg tableta de liberación inmediata)	1		Levetiracetam ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Tetracycline HCl (cápsula)	1		Roweepra (tableta)	1	
Vibramycin (50mg/5ml jarabe)	1		Roweepra XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Antiepilépticos			Spritam (tableta desintegrante soluble)		
Antiepilépticos, otros			Modificadores del canal de calcio		
Briviact (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta, 10mg/ml solución oral)	1	QL	Celontin (cápsula)	1	
Briviact (50mg/5ml inyección)	1	QL	Ethosuximide (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
			Zonisamide (cápsula)	1	
			Intensificadores del ácido gamma-aminobutírico (GABA)		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diastat AcuDial (gel)	1	
Diastat Pediatric (gel)	1	
Gabapentin (100mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg cápsula, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	
Gabapentin (250mg/5ml solución oral)	1	
Gabitril (12mg tableta, 16mg tableta)	1	
Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)	1	QL
Onfi (2.5mg/ml suspensión)	1	
Phenobarbital (100mg tableta, 15mg tableta, 16.2mg tableta, 30mg tableta, 32.4mg tableta, 60mg tableta, 64.8mg tableta, 97.2mg tableta, 20mg/5ml tónico)	1	
Primidone (tableta)	1	
Sabril (500mg paquete, 500mg tableta)	1	PA, QL, LA
Tiagabine HCl (tableta)	1	
Valproate Sodium (100mg/ml inyección)	1	
Valproic Acid (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
Vigabatrin (paquete)	1	PA, QL
Reductores del glutamato		

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Felbamate (400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Felbamate (600mg/5ml suspensión)	1	
Felbatol (600mg/5ml suspensión)	1	
Fycompa (0.5mg/ml suspensión, 10mg tableta, 12mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)	1	
Lamotrigine (100mg tableta de liberación inmediata, 150mg tableta de liberación inmediata, 200mg tableta de liberación inmediata, 25mg tableta de liberación inmediata)	1	
Lamotrigine (25mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	1	
Topiramate (100mg tableta, 200mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 15mg cápsula esparcible de liberación inmediata, 25mg cápsula esparcible de liberación inmediata)	1	
Agentes del canal de sodio		
Aptiom (tableta)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Banzel (200mg tableta, 400mg tableta, 40mg/ml suspensión)	1		Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión)	1	
Carbamazepine (100mg tableta masticable, 100mg/5ml suspensión, 200mg tableta de liberación inmediata)	1		Peganone (tableta)	1	
Carbamazepine ER (100mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 200mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 300mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 100mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 12 horas)	1		Phenytek (cápsula)	1	
Dilantin (cápsula)	1		Phenytoin (125mg/5ml suspensión, 50mg tableta masticable)	1	
Dilantin INFATABS (tableta masticable)	1		Phenytoin Sodium (inyección)	1	
Epitol (tableta)	1		Phenytoin Sodium Extended (cápsula)	1	
Fosphenytoin Sodium (inyección)	1		Vimpat (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml solución oral)	1	QL
Oxcarbazepine (150mg tableta, 300mg tableta, 600mg tableta)	1		Vimpat (200mg/20ml inyección)	1	
			Antidemenciales		
			Inhibidores de la colinesterasa		
			Donepezil HCl (tableta)	1	QL
			Donepezil HCl ODT (tableta dispersable)	1	QL
			Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta, 4mg/ml solución oral)	1	QL
			Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
			Rivastigmine Tartrate (cápsula)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rivastigmine Transdermal System (parche 24 horas)	1	QL, ST
Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)		
Memantine HCl (10mg tableta, 5mg tableta, 2mg/ml solución oral)	1	PA, QL
Memantine HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Memantine HCl Titration Pak (tableta)	1	PA
Namenda XR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Namenda XR Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
Bupropion HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Bupropion HCl SR (100mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 150mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bupropion HCl XL (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Mirtazapine (tableta)	1	
Mirtazapine ODT (tableta dispersable)	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
Emsam (parche 24 horas)	1	QL
Marplan (tableta)	1	
Phenelzine Sulfate (tableta)	1	
Tranylcypromine Sulfate (tableta)	1	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)		
Citalopram HBr (10mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta)	1	
Citalopram HBr (10mg/5ml solución oral)	1	
Desvenlafaxine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Escitalopram Oxalate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1		Pristiq (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Escitalopram Oxalate (5mg/5ml solución oral)	1		Sertraline HCl (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL, ST	Sertraline HCl (20mg/ml concentrado)	1	
Fetzima Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	1	ST	Trazodone HCl (tableta)	1	
Fluoxetine DR (cápsula de liberación retardada)	1		Trintellix (tableta)	1	QL
Fluoxetine HCl (10mg cápsula de liberación inmediata, 20mg cápsula de liberación inmediata, 40mg cápsula de liberación inmediata, 20mg/5ml solución oral)	1		Venlafaxine HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Fluvoxamine Maleate (tableta)	1		Venlafaxine HCl ER (150mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 37.5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 75mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Maprotiline HCl (tableta)	1		Viibryd (tableta)	1	QL
Nefazodone HCl (tableta)	1		Viibryd Starter Pack (paquete)	1	QL
Paroxetine HCl (tableta de liberación inmediata)	1		Tricíclicos		
Paxil (10mg/5ml suspensión)	1		Amitriptyline HCl (tableta)	1	
			Amoxapine (tableta)	1	
			Clomipramine HCl (cápsula)	1	
			Desipramine HCl (tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Doxepin HCl (100mg cápsula, 10mg cápsula, 150mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/ml concentrado)	1	
Imipramine HCl (tableta)	1	
Imipramine Pamoate (cápsula)	1	
Nortriptyline HCl (10mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1	
Protriptyline HCl (tableta)	1	
Trimipramine Maleate (cápsula)	1	
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
Compro (supositorio)	1	
Hydroxyzine Pamoate (cápsula)	1	
Meclizine HCl (tableta)	1	
Metoclopramide HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Metoclopramide HCl (5mg/ml inyección)	1	
Perphenazine (tableta)	1	
Prochlorperazine (supositorio)	1	
Prochlorperazine Edisylate (inyección)	1	
Prochlorperazine Maleate (tableta)	1	
Scopolamine (parche 72 horas)	1	
Transderm-Scop (parche 72 horas)	1	
Adyuvantes para terapia emetogénica		
Aloxi (inyección)	1	
Anzemet (100mg tableta)	1	B/D, PA
Anzemet (50mg tableta)	1	B/D, PA
Aprepitant (paquete de tratamiento, cápsula)	1	PA
Cesamet (cápsula)	1	PA
Dronabinol (cápsula)	1	PA
Emend (125mg cápsula, 40mg cápsula, 80mg cápsula, 125mg suspensión)	1	PA
Emend (150mg inyección)	1	
Emend Tripack (cápsula)	1	PA

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Granisetron HCl (0.1mg/ml inyección, 1mg/ml inyección, 4mg/4ml inyección)	1		Ciclopirox (0.77% gel, 0.77% suspensión, 1% champú)	1	
Granisetron HCl (1mg tableta)	1	B/D, PA, QL	Ciclopirox Nail Lacquer (solución externa)	1	
Ondansetron HCl (24mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	1	B/D, PA	Ciclopirox Olamine (crema)	1	
Ondansetron HCl (4mg/2ml inyección)	1		Clotrimazole (1% crema, 1% solución externa, 10mg pastilla para chupar)	1	
Ondansetron HCl (4mg/5ml solución oral)	1	B/D, PA	Econazole Nitrate (crema)	1	
Ondansetron ODT (tableta dispersable)	1	B/D, PA	Eraxis (inyección)	1	
Palonosetron HCl (0.25mg/2ml inyección)	1		Exelderm (1% crema, 1% solución externa)	1	
Palonosetron HCl (0.25mg/5ml inyección)	1		Fluconazole (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml suspensión, 40mg/ml suspensión)	1	
Sancuso (parche)	1		Fluconazole in NaCl (inyección)	1	
Antimicóticos			Flucytosine (cápsula)	1	
Antimicóticos			Griseofulvin Microsize (125mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1	
Abelcet (inyección)	1	B/D, PA	Griseofulvin Ultramicrosize (tableta)	1	
AmBisome (inyección)	1	B/D, PA	Itraconazole (cápsula)	1	PA, QL
Amphotericin B (inyección)	1	B/D, PA	Jublia (solución externa)	1	
Cancidas (inyección)	1				
Caspofungin Acetate (inyección)	1				

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ketoconazole (2% crema, 2% champú, 200mg tableta)	1	
Ketoconazole (2% espuma)	1	
Mentax (crema)	1	
Miconazole 3 (supositorio)	1	
Mycamine (inyección)	1	
Naftifine HCl (1% crema)	1	
Naftifine HCl (2% crema)	1	
Naftin (1% gel, 2% gel)	1	
Natacyn (suspensión)	1	
Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)	1	PA, QL
Noxafil (40mg/ml suspensión)	1	QL
Nyamyc (polvo)	1	
Nystatin (crema, ungüento, polvo, suspensión, tableta)	1	
Nystop (polvo)	1	
Oxiconazole Nitrate (crema)	1	
Oxistat (1% loción)	1	
Sporanox (10mg/ml solución oral)	1	PA
Terbinafine HCl (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Terconazole (0.4% crema, 0.8% crema, 80mg supositorio)	1	
Vfend (200mg tableta, 50mg tableta, 40mg/ml suspensión)	1	
Voriconazole (200mg inyección, 40mg/ml suspensión)	1	
Voriconazole (200mg tableta, 50mg tableta)	1	
Antigotosos		
Antigotosos		
Allopurinol (tableta)	1	
Colchicine (0.6mg cápsula, 0.6mg tableta)	1	QL
Colcrys (tableta)	1	PA, QL
Probenecid (tableta)	1	
Probenecid/Colchicine (tableta)	1	
Uloric (tableta)	1	ST
Antimigrañosos		
Alcaloides de ergotamina		
Dihydroergotamine Mesylate (1mg/ml inyección)	1	
Ergotamine Tartrate/Caffeine (tableta)	1	
Migergot (supositorio)	1	
Agonistas de los receptores de serotonina (5-HT) 1b/1d		
Naratriptan HCl (tableta)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rizatriptan Benzoate (tableta)	1	QL
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta dispersable)	1	QL
Sumatriptan (solución nasal)	1	QL
Sumatriptan Succinate (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	QL
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml inyección, 6mg/0.5ml inyección)	1	QL
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml inyección)	1	QL
Sumatriptan Succinate Refill (inyección)	1	QL
Antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
Guanidine HCl (tableta)	1	
Mestinon (60mg/5ml jarabe)	1	
Pyridostigmine Bromide (tableta de liberación inmediata)	1	
Pyridostigmine Bromide ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
Dapsone (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rifabutin (cápsula)	1	
Antituberculosos		
Capastat Sulfate (inyección)	1	
Ethambutol HCl (tableta)	1	
Isoniazid (100mg tableta, 300mg tableta)	1	
Isoniazid (100mg/ml inyección, 50mg/5ml jarabe)	1	
Paser (paquete)	1	
Priftin (tableta)	1	
Pyrazinamide (tableta)	1	
Rifampin (150mg cápsula, 300mg cápsula)	1	
Rifampin (600mg inyección)	1	
Rifater (tableta)	1	
Sirturo (tableta)	1	PA
Trecator (tableta)	1	
Antineoplásicos		
Alquilantes		
BiCNU (inyección)	1	
Busulfan (inyección)	1	
Busulfex (inyección)	1	
Cyclophosphamide (cápsula)	1	B/D, PA
Dacarbazine (inyección)	1	
Gleostine (cápsula)	1	
Hexalen (cápsula)	1	PA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ifosfamide (inyección)	1	
Leukeran (tableta)	1	
Matulane (cápsula)	1	LA
Melphalan HCl (inyección)	1	
Mustargen (inyección)	1	
Treanda (inyección)	1	PA
Valchlor (gel)	1	PA, LA
Yondelis (inyección)	1	PA
Zanosar (inyección)	1	
Antiandrógenos		
Bicalutamide (tableta)	1	
Erleada (tableta)	1	PA, QL
Flutamide (cápsula)	1	
Nilandron (tableta)	1	
Nilutamide (tableta)	1	
Xtandi (cápsula)	1	PA, QL
Zytiga (tableta)	1	PA, QL
Antiangiogénicos		
Pomalyst (cápsula)	1	PA, QL
Revlimid (cápsula)	1	PA, QL, LA
Thalomid (cápsula)	1	PA, QL
Antiestrógenos/modificadores		
Emcyt (cápsula)	1	
Fareston (tableta)	1	
Faslodex (inyección)	1	
Soltamox (solución oral)	1	
Tamoxifen Citrate (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Antimetabólicos		
Adrucil (inyección)	1	B/D, PA
Alimta (inyección)	1	PA
Cladribine (inyección)	1	B/D, PA
Clofarabine (inyección)	1	
Cytarabine Aqueous (inyección)	1	B/D, PA
Droxia (cápsula)	1	
Fluorouracil (5gm/100ml inyección)	1	B/D, PA
Folotyn (inyección)	1	
Gemcitabine HCl (inyección)	1	
Gemzar (inyección)	1	
Hydroxyurea (cápsula)	1	
Mercaptopurine (tableta)	1	
Nipent (inyección)	1	
Purixan (suspensión)	1	PA
Tabloid (tableta)	1	PA
Antineoplásicos, otros		
Abraxane (inyección)	1	PA
Adriamycin (inyección)	1	B/D, PA
Arranon (inyección)	1	
Bleomycin Sulfate (inyección)	1	B/D, PA
Bortezomib (inyección)	1	PA
Carboplatin (inyección)	1	
Cisplatin (inyección)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Cosmegen (inyección)	1	
Dacogen (inyección)	1	
Dactinomycin (inyección)	1	
Daunorubicin HCl (inyección)	1	
Decitabine (inyección)	1	
Dexrazoxane (inyección)	1	PA
Docetaxel (160mg/16ml inyección)	1	
Docetaxel (80mg/4ml inyección)	1	
Doxil (inyección)	1	
Doxorubicin HCl (inyección)	1	B/D, PA
Doxorubicin HCl Liposome (inyección)	1	
Ellence (inyección)	1	
Epirubicin HCl (inyección)	1	
Erwinaze (inyección)	1	
Fludarabine Phosphate (inyección)	1	
Fusilev (inyección)	1	
Halaven (inyección)	1	PA
Idamycin PFS (inyección)	1	
Idarubicin HCl (inyección)	1	
Irinotecan (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Istodax (con sobrellenado) (inyección)	1	PA
Kisqali (tableta)	1	PA, QL
Kisqali Femara 200 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, QL
Kisqali Femara 400 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, QL
Kisqali Femara 600 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, QL
Leucovorin Calcium (100mg inyección, 350mg inyección)	1	
Leucovorin Calcium (10mg tableta, 15mg tableta, 25mg tableta, 5mg tableta)	1	
Levoleucovorin (inyección)	1	
Lonsurf (tableta)	1	PA, QL
Mitomycin (inyección)	1	
Mitoxantrone HCl (inyección)	1	
Ninlaro (cápsula)	1	PA, QL
Oxaliplatin (100mg ampolla, 100mg/20ml inyección)	1	
Paclitaxel (inyección)	1	
Proleukin (inyección)	1	PA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Synribo (inyección)	1	PA
Taxotere (inyección)	1	
Thiotepa (inyección)	1	
Trisenox (inyección)	1	
Velcade (inyección)	1	PA
Verzenio (tableta)	1	PA, QL
Vinblastine Sulfate (inyección)	1	B/D, PA
Vincasar PFS (inyección)	1	B/D, PA
Vincristine Sulfate (inyección)	1	B/D, PA
Vinorelbine Tartrate (inyección)	1	
Vyxeos (inyección)	1	PA
Zaltrap (inyección)	1	PA
Zinecard (inyección)	1	PA
Zolinza (cápsula)	1	PA
Inhibidores de la aromatasas, 3. ^a generación		
Anastrozole (tableta)	1	
Exemestane (tableta)	1	
Letrozole (tableta)	1	
Inhibidores de enzimas		
Aliqopa (inyección)	1	PA
Etopophos (inyección)	1	
Etoposide (inyección)	1	
Hycamtin (inyección)	1	
Kyprolis (inyección)	1	PA
Rubraca (tableta)	1	PA, QL
Toposar (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Topotecan HCl (inyección)	1	
Zejula (cápsula)	1	PA, QL
Inhibidores de la diana molecular		
Afinitor (tableta)	1	PA
Afinitor Disperz (tableta soluble)	1	PA
Alecensa (cápsula)	1	PA, QL
Alunbrig (paquete de tratamiento, 180mg tableta, 30mg tableta, 90mg tableta)	1	PA, QL
Beleodaq (inyección)	1	PA
Bosulif (tableta)	1	PA, QL
Cabometyx (tableta)	1	PA, QL
Calquence (cápsula)	1	PA, QL
Caprelsa (tableta)	1	PA, LA
Cometriq (paquete)	1	PA
Cotellic (tableta)	1	PA, QL, LA
Cyramza (inyección)	1	PA
Erivedge (cápsula)	1	PA, QL
Farydak (cápsula)	1	PA
Gilotrif (tableta)	1	PA
Ibrance (cápsula)	1	PA, QL
Iclusig (tableta)	1	PA, QL, LA
Idhifa (tableta)	1	PA, QL
Imatinib Mesylate (tableta)	1	PA, QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Imbruvica (140mg cápsula, 70mg cápsula, 140mg tableta, 280mg tableta, 420mg tableta, 560mg tableta)	1	PA, QL
Inlyta (tableta)	1	PA, QL
Iressa (tableta)	1	PA, QL
Jakafi (tableta)	1	PA, QL, LA
Jevtana (inyección)	1	PA
Lenvima (cápsula, paquete de tratamiento)	1	PA
Lynparza (100mg tableta, 150mg tableta, 50mg cápsula)	1	PA, QL
Mekinist (tableta)	1	PA
Nerlynx (tableta)	1	PA, QL
Nexavar (tableta)	1	PA
Odomzo (cápsula)	1	PA, QL, LA
Rydapt (cápsula)	1	PA, QL
Sprycel (tableta)	1	PA, QL
Stivarga (tableta)	1	PA, QL
Sutent (cápsula)	1	PA, QL
Tafinlar (cápsula)	1	PA
Tagrisso (tableta)	1	PA, QL, LA
Tarceva (tableta)	1	PA, QL
Tasigna (cápsula)	1	PA, QL
Tykerb (tableta)	1	PA
Venclexta (100mg tableta, 50mg tableta)	1	PA, QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Venclexta (10mg tableta)	1	PA, QL
Venclexta Starting Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA
Votrient (tableta)	1	PA, QL
Xalkori (cápsula)	1	PA, LA
Zelboraf (tableta)	1	PA, QL
Zydelig (tableta)	1	PA, QL
Zykadia (cápsula)	1	PA, QL
Anticuerpo monoclonal/conjugado de anticuerpo-medicamento		
Avastin (inyección)	1	PA
Bavencio (inyección)	1	PA
Darzalex (inyección)	1	PA, LA
Empliciti (inyección)	1	PA
Erbitux (inyección)	1	PA
Herceptin (inyección)	1	PA
Imfinzi (inyección)	1	PA
Kadcyla (inyección)	1	PA
Keytruda (inyección)	1	PA
Lartruvo (inyección)	1	PA
Mylotarg (inyección)	1	PA
Opdivo (inyección)	1	PA
Perjeta (inyección)	1	PA
Rituxan (inyección)	1	PA
Tecentriq (inyección)	1	PA
Vectibix (inyección)	1	PA
Yervoy (inyección)	1	PA
Retinoides		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bexarotene (cápsula)	1	PA
Panretin (gel)	1	
Targretin (1% gel)	1	PA
Tretinoin (10mg cápsula)	1	
Medicamentos complementarios en el tratamiento		
Elitek (inyección)	1	
Mesna (inyección)	1	
Mesnex (400mg tableta)	1	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
Albenza (tableta)	1	QL
Biltricide (tableta)	1	
Ivermectin (tableta)	1	
Antiprotozoarios		
Alinia (100mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1	
Atovaquone (suspensión)	1	
Atovaquone/Proguanil HCl (tableta) (Malarone genérico)	1	
Benznidazole (tableta)	1	
Chloroquine Phosphate (tableta)	1	
Coartem (tableta)	1	
DARAPRIM (tableta)	1	
Hydroxychloroquine Sulfate (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mefloquine HCl (tableta)	1	
Mepron (suspensión)	1	
Nebupent (solución para inhalar)	1	B/D, PA, QL
Pentam 300 (inyección)	1	
Primaquine Phosphate (tableta)	1	
Quinine Sulfate (cápsula)	1	PA
Pediculicidas/escabicidas		
Eurax (10% crema, 10% loción)	1	
Lindane (champú)	1	
Malathion (loción)	1	
Permethrin (crema)	1	
Antiparkinsonianos		
Anticolinérgicos		
Benztropine Mesylate (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	
Benztropine Mesylate (1mg/ml inyección)	1	
Trihexyphenidyl HCl (0.4mg/ml tónico, 2mg tableta, 5mg tableta)	1	
Antiparkinsonianos, otros		
Amantadine HCl (100mg cápsula, 100mg tableta)	1	
Amantadine HCl (50mg/5ml jarabe)	1	
Entacapone (tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tolcapone (tableta)	1	QL
Agonistas dopaminérgicos		
Apokyn (inyección)	1	PA, QL
Bromocriptine Mesylate (2.5mg tableta, 5mg cápsula)	1	
Neupro (parche 24 horas)	1	
Pramipexole Dihydrochloride (tableta de liberación inmediata)	1	
Ropinirole HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Precusores de la dopamina/inhibidores de la decarboxilasa de L-aminoácidos		
Carbidopa (tableta)	1	
Carbidopa/Levodopa (tableta de liberación inmediata)	1	
Carbidopa/Levodopa ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Carbidopa/Levodopa ODT (tableta dispersable)	1	
Carbidopa/Levodopa/Entacapone (tableta)	1	
Stalevo 100 (tableta)	1	PA
Stalevo 125 (tableta)	1	PA
Stalevo 150 (tableta)	1	PA
Stalevo 200 (tableta)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Stalevo 50 (tableta)	1	PA
Stalevo 75 (tableta)	1	PA
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)		
Azilect (0.5mg tableta)	1	PA
Rasagiline Mesylate (tableta)	1	
Selegiline HCl (5mg cápsula, 5mg tableta)	1	
Zelapar (tableta dispersable)	1	
Antipsicóticos		
1.ª generación/típicos		
Chlorpromazine HCl (100mg tableta, 10mg tableta, 200mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 50mg/2ml inyección)	1	
Fluphenazine Decanoate (inyección)	1	
Fluphenazine HCl (10mg tableta, 1mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	1	
Fluphenazine HCl (2.5mg/5ml tónico, 2.5mg/ml inyección)	1	
Fluphenazine HCl (5mg/ml concentrado)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Haloperidol (0.5mg tableta, 10mg tableta, 1mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta, 2mg/ml concentrado)	1	
Haloperidol Decanoate (inyección)	1	
Haloperidol Lactate (inyección)	1	
Loxapine Succinate (cápsula)	1	
Pimozide (tableta)	1	
Thioridazine HCl (tableta)	1	
Thiothixene (cápsula)	1	
Trifluoperazine HCl (tableta)	1	
2.ª generación/atípicos		
Abilify Maintena (inyección)	1	
Aripiprazole (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 30mg tableta, 5mg tableta, 1mg/ml solución oral)	1	QL
Aripiprazole ODT (tableta dispersable)	1	QL
Aristada (inyección)	1	
Fanapt (10mg tableta, 12mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)	1	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fanapt (1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta)	1	QL, ST
Fanapt Titration Pack (tableta)	1	ST
Geodon (20mg inyección)	1	
Invega Sustenna (117mg/0.75ml inyección, 156mg/ml inyección, 234mg/1.5ml inyección, 78mg/0.5ml inyección)	1	
Invega Sustenna (39mg/0.25ml inyección)	1	
Invega Trinza (inyección)	1	PA
Latuda (tableta)	1	QL
Nuplazid (tableta)	1	PA, QL
Olanzapine (10mg inyección)	1	
Olanzapine (10mg tableta, 15mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 7.5mg tableta)	1	QL
Olanzapine ODT (tableta dispersable)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Paliperidone ER (1.5mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 3mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 6mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL	Saphris (tableta sublingual)	1	QL
Paliperidone ER (9mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL	Seroquel XR (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Quetiapine Fumarate (tableta de liberación inmediata)	1	QL	Seroquel XR (400mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Quetiapine Fumarate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL	Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)	1	QL, ST
Rexulti (tableta)	1	QL	Vraylar (cápsula, paquete de tratamiento)	1	ST
Risperdal Consta (12.5mg inyección, 25mg inyección)	1		Ziprasidone HCl (cápsula)	1	QL
Risperdal Consta (37.5mg inyección, 50mg inyección)	1		Zyprexa Relprevv (inyección)	1	
Risperidone (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 3mg tableta, 4mg tableta)	1		Resistentes al tratamiento		
Risperidone (1mg/ml solución oral)	1		Clozapine (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 200mg tableta)	1	
Risperidone ODT (tableta dispersable)	1				

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable, 25mg tableta dispersable)	1	QL
Clozapine ODT (12.5mg tableta dispersable, 150mg tableta dispersable)	1	QL
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	1	QL
Fazaclo (100mg tableta dispersable, 150mg tableta dispersable, 200mg tableta dispersable)	1	QL
Versacloz (suspensión)	1	
Antivirales		
Anticitomegalovirus (CMV)		
Cidofovir (inyección)	1	
Ganciclovir (500mg inyección)	1	B/D, PA
Valcyte (450mg tableta)	1	QL
Valganciclovir (tableta)	1	QL
Valganciclovir Hydrochloride (solución oral)	1	QL
Zirgan (gel)	1	
Antihepatitis B (HBV)		
Adefovir Dipivoxil (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Baraclude (0.05mg/ml solución oral, 0.5mg tableta, 1mg tableta)	1	
Entecavir (tableta)	1	
Epivir HBV (5mg/ml solución oral)	1	
Hepsera (tableta)	1	
Lamivudine (100mg tableta)	1	
Vemlidy (tableta)	1	QL
Antihepatitis C (HCV), otros agentes		
Intron A (inyección)	1	PA
Pegasys (inyección)	1	PA
Pegasys ProClick (inyección)	1	PA
Ribasphere (200mg tableta, 400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Ribavirin (200mg tableta)	1	
Sylatron (inyección)	1	PA
Antihepatitis C (HCV), agentes de acción directa		
Daklinza (tableta)	1	PA, QL
Epclusa (tableta)	1	PA, QL
Harvoni (tableta)	1	PA, QL
Mavyret (tableta)	1	PA, QL
Sovaldi (tableta)	1	PA, QL
Vosevi (tableta)	1	PA, QL
Antiherpéticos		

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Acyclovir (200mg cápsula, 200mg/5ml suspensión)	1	
Acyclovir (400mg tableta, 800mg tableta)	1	
Acyclovir (5% ungüento)	1	QL
Acyclovir Sodium (inyección)	1	B/D, PA
Denavir (crema)	1	QL
Famciclovir (tableta)	1	QL
Trifluridine (solución oftálmica)	1	
Valacyclovir HCl (tableta)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la integrasa (INSTI)		
Genvoya (tableta)	1	QL
Isentress (100mg paquete, 25mg tableta masticable)	1	QL
Isentress (100mg tableta masticable, 400mg tableta)	1	QL
Isentress HD (tableta)	1	QL
Stribild (tableta)	1	QL
Tivicay (10mg tableta)	1	QL
Tivicay (25mg tableta, 50mg tableta)	1	QL
Triumeq (tableta)	1	QL
Tybost (tableta)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI)		

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Atripla (tableta)	1	QL
Complera (tableta)	1	QL
Edurant (tableta)	1	QL
Efavirenz (200mg cápsula, 600mg tableta)	1	QL
Efavirenz (50mg cápsula)	1	QL
Intelence (100mg tableta, 200mg tableta)	1	QL
Intelence (25mg tableta)	1	QL
Juluca (tableta)	1	QL
Nevirapine (tableta)	1	QL
Nevirapine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Odefsey (tableta)	1	QL
Rescriptor (tableta)	1	QL
Sustiva (200mg cápsula, 600mg tableta)	1	QL
Sustiva (50mg cápsula)	1	QL
Symfi (tableta)	1	QL
Symfi Lo (tableta)	1	QL
Viramune (50mg/5ml suspensión)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa (NRTI)		
Abacavir (20mg/ml solución oral, 300mg tableta)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Abacavir Sulfate/ Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL
Abacavir/Lamivudine (tableta)	1	QL
Biktarvy (tableta)	1	QL
Cimduo (tableta)	1	QL
Combivir (tableta)	1	QL
Descovy (tableta)	1	QL
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	1	QL
Emtriva (10mg/ml solución oral, 200mg cápsula)	1	QL
Epzicom (tableta)	1	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral, 150mg tableta, 300mg tableta)	1	QL
Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL
Retrovir IV Infusion (inyección)	1	
Stavudine (cápsula)	1	QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	1	QL
Trizivir (tableta)	1	QL
Truvada (tableta)	1	QL
Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Videx Pediatric (solución oral)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Viread (150mg tableta, 200mg tableta, 250mg tableta, 300mg tableta, 40mg/gm polvo)	1	QL
Zerit (1mg/ml solución oral)	1	QL
Ziagen (20mg/ml solución oral)	1	QL
Zidovudine (100mg cápsula, 300mg tableta, 50mg/5ml jarabe)	1	QL
Antirretrovirales, otros		
Fuzeon (inyección)	1	QL
Selzentry (150mg tableta, 300mg tableta, 75mg tableta, 20mg/ml solución oral)	1	QL
Selzentry (25mg tableta)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la proteínasa		
Aptivus (100mg/ml solución oral, 250mg cápsula)	1	QL
Atazanavir Sulfate (cápsula)	1	QL
Crixivan (cápsula)	1	QL
Evotaz (tableta)	1	QL
Fosamprenavir Calcium (tableta)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Invirase (200mg cápsula, 500mg tableta)	1	QL
Kaletra (100mg-25mg tableta, 400mg-100mg/5ml solución oral)	1	QL
Kaletra (200mg-50mg tableta)	1	QL
Lexiva (50mg/ml suspensión)	1	QL
Lexiva (700mg tableta)	1	QL
Lopinavir/Ritonavir (solución oral)	1	QL
Norvir (100mg cápsula, 100mg paquete, 100mg tableta, 80mg/ml solución oral)	1	QL
Prezcobix (tableta)	1	QL
Prezista (100mg/ml suspensión, 150mg tableta, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	QL
Prezista (75mg tableta)	1	QL
Reyataz (150mg cápsula, 200mg cápsula, 300mg cápsula, 50mg paquete)	1	QL
Ritonavir (tableta)	1	QL
Viracept (tableta)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Antigripales		
Oseltamivir Phosphate (30mg cápsula, 45mg cápsula, 75mg cápsula, 6mg/ml suspensión)	1	QL
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)	1	QL
Rimantadine HCl (tableta)	1	
Tamiflu (6mg/ml suspensión)	1	QL
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
Buspirone HCl (tableta)	1	
Hydroxyzine HCl (10mg/5ml jarabe)	1	
Hydroxyzine HCl (25mg/ml inyección, 50mg/ml inyección)	1	B/D, PA
Hydroxyzine HCl (tableta)	1	
Benzodiazepinas		
Alprazolam (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Chlordiazepoxide HCl (cápsula)	1	
Clonazepam (tableta)	1	QL
Clonazepam ODT (tableta dispersable)	1	QL
Clorazepate Dipotassium (tableta)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diazepam (10mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta)	1	QL
Diazepam (5mg/5ml solución oral)	1	
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado)	1	QL
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	QL
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	1	QL
Bipolares		
Estabilizadores del estado de ánimo		
Divalproex Sodium (cápsula esparcible de liberación retardada)	1	
Divalproex Sodium DR (tableta de liberación retardada)	1	
Divalproex Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Lithium (solución oral)	1	
Lithium Carbonate (150mg cápsula de liberación inmediata, 300mg cápsula de liberación inmediata, 600mg cápsula de liberación inmediata, 300mg tableta de liberación inmediata)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lithium Carbonate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Reguladores de la glucemia		
Antidiabéticos		
Acarbose (tableta)	1	QL
Avandia (tableta)	1	PA, QL
Bydureon Bcise (autoinyectable)	1	QL
Bydureon Pen (inyección)	1	QL
Bydureon Vial (inyección)	1	QL
Byetta (inyección)	1	QL
Cycloset (tableta)	1	PA, QL
Glimepiride (tableta)	1	QL
Glipizide (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Glipizide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Glipizide/Metformin HCl (tableta)	1	QL
Glyxambi (tableta)	1	QL
Invokamet (tableta)	1	QL
Invokamet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Invokana (tableta)	1	QL
Janumet (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Janumet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Januvia (tableta)	1	QL
Jardiance (tableta)	1	QL
Jentaduetto (tableta)	1	QL
Jentaduetto XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Kombiglyze XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Metformin HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Metformin HCl ER (500mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 750mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	1	QL
Miglitol (tableta)	1	QL
Nateglinide (tableta)	1	QL
Onglyza (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl/ Glimepiride (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl/ Metformin HCl (tableta)	1	QL
Repaglinide (tableta)	1	QL
Repaglinide/ Metformin HCl (tableta)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Riomet (solución oral)	1	QL
Soliqua 100/33 (inyección)	1	QL
SymlinPen 120 (inyección)	1	PA
SymlinPen 60 (inyección)	1	PA
Synjardy (tableta)	1	QL
Synjardy XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Tradjenta (tableta)	1	QL
Trulicity (inyección)	1	QL
Victoza (inyección)	1	QL
Glucemia		
GlucaGen HypoKit (inyección)	1	
Glucagon Emergency Kit (inyección)	1	
Proglycem (suspensión)	1	
Insulina		
Humalog Cartridge (inyección)	1	
Humalog Junior KwikPen (inyección)	1	
Humalog KwikPen (inyección)	1	
Humalog Mix 50/50 KwikPen (inyección)	1	
Humalog Mix 50/50 Vial (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Humalog Mix 75/25 KwikPen (inyección)	1	
Humalog Mix 75/25 Vial (inyección)	1	
Humalog Vial (inyección)	1	
Humulin 70/30 KwikPen (inyección)	1	
Humulin 70/30 Vial (inyección)	1	
Humulin N KwikPen (inyección)	1	
Humulin N Vial (inyección)	1	
Humulin R U-500 KwikPen (inyección)	1	
Humulin R U-500 Vial (concentrado) (inyección)	1	
Humulin R Vial (inyección)	1	
Lantus SoloStar (inyección)	1	
Lantus Vial (inyección)	1	
Levemir FlexTouch (inyección)	1	
Levemir Vial (inyección)	1	
Toujeo Max Solostar (inyección)	1	
Toujeo SoloStar (inyección)	1	
Tresiba FlexTouch (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Hemoderivados, modificadores/expansores de volumen de sangre		
Anticoagulantes		
Argatroban (125mg/125ml-0.9% inyección)	1	B/D, PA
Argatroban (250mg/2.5ml inyección)	1	B/D, PA
Coumadin (tableta)	1	
Eliquis (tableta)	1	QL
Eliquis Starter Pack (tableta)	1	QL
Enoxaparin Sodium (100mg/ml inyección, 120mg/0.8ml inyección, 150mg/ml inyección, 30mg/0.3ml inyección, 40mg/0.4ml inyección, 60mg/0.6ml inyección, 80mg/0.8ml inyección, 300mg/3ml inyección)	1	QL
Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml inyección, 5mg/0.4ml inyección, 7.5mg/0.6ml inyección)	1	
Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml inyección)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Heparin Sodium (10000 unidades/ml inyección, 20000 unidades/ml inyección, 5000 unidades/ml inyección)	1		Aranesp Albumin Free (100mcg/0.5ml inyección, 100mcg/ml inyección, 150mcg/0.3ml inyección, 200mcg/0.4ml inyección, 200mcg/ml inyección, 300mcg/0.6ml inyección, 300mcg/ml inyección, 500mcg/ml inyección, 60mcg/0.3ml inyección, 60mcg/ml inyección)	1	PA
Heparin Sodium (1000 unidades/ml inyección)	1	B/D, PA	Aranesp Albumin Free (10mcg/0.4ml inyección, 25mcg/0.42ml inyección, 25mcg/ml inyección, 40mcg/0.4ml inyección, 40mcg/ml inyección)	1	PA
Heparin Sodium/D5W (inyección)	1		Azacitidine (inyección)	1	PA
Jantoven (tableta)	1		Granix (inyección)	1	ST
Pradaxa (cápsula)	1	QL	Leukine (inyección)	1	PA
Warfarin Sodium (tableta)	1		Mozobil (inyección)	1	
Xarelto (tableta)	1	QL	Neulasta (inyección)	1	PA
Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	QL	Neupogen (inyección)	1	ST
Modificadores hematopoyéticos					
Anagrelide HCl (cápsula)	1				

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Procrit (10000 unidades/ml inyección, 2000 unidades/ml inyección, 3000 unidades/ml inyección, 4000 unidades/ml inyección)	1	PA
Procrit (20000 unidades/ml inyección, 40000 unidades/ml inyección)	1	PA
Promacta (tableta)	1	PA, QL
Vidaza (inyección)	1	PA
Zarxio (jeringa precargada con solución)	1	
Hemostasis		
Tranexamic Acid (1000mg/10ml inyección)	1	
Tranexamic Acid (650mg tableta)	1	
Modificadores de plaquetas		
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
Brilinta (tableta)	1	QL
Cilostazol (tableta)	1	
Clopidogrel (75mg tableta)	1	QL
Prasugrel (tableta)	1	QL
Agentes cardiovasculares		

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Agonistas alfa adrenérgicos		
Clonidine HCl (0.1mg tableta de liberación inmediata, 0.2mg tableta de liberación inmediata, 0.3mg tableta de liberación inmediata)	1	
Clonidine HCl (0.1mg/24hr parche semanal, 0.2mg/24hr parche semanal, 0.3mg/24hr parche semanal)	1	
Methyldopa (tableta)	1	
Methyldopate HCl (inyección)	1	
Midodrine HCl (tableta)	1	
Northera (cápsula)	1	PA, QL
Bloqueantes alfa adrenérgicos		
Doxazosin Mesylate (tableta)	1	
Phenoxybenzamine HCl (cápsula)	1	
Prazosin HCl (cápsula)	1	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
Candesartan Cilexetil (tableta)	1	QL
Edarbi (tableta)	1	QL
Eprosartan Mesylate (tableta)	1	QL
Irbesartan (tableta)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Losartan Potassium (tableta)	1	QL
Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL
Telmisartan (tableta)	1	QL
Valsartan (tableta)	1	QL
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		
Benazepril HCl (tableta)	1	QL
Captopril (tableta)	1	QL
Enalapril Maleate (tableta)	1	QL
Fosinopril Sodium (tableta)	1	QL
Lisinopril (tableta)	1	QL
Moexipril HCl (tableta)	1	QL
Perindopril Erbumine (tableta)	1	QL
Quinapril HCl (tableta)	1	QL
Ramipril (cápsula)	1	QL
Trandolapril (tableta)	1	QL
Antiarrítmicos		
Amiodarone HCl (200mg tableta)	1	
Amiodarone HCl (50mg/ml inyección)	1	
Dofetilide (cápsula)	1	
Flecainide Acetate (tableta)	1	
Mexiletine HCl (cápsula)	1	
Multaq (tableta)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pacerone (200mg tableta)	1	
Procainamide HCl (inyección)	1	
Propafenone HCl (tableta)	1	
Propafenone HCl ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Quinidine Gluconate (inyección)	1	
Quinidine Gluconate CR (tableta de liberación prolongada)	1	
Quinidine Sulfate (tableta)	1	
Sotalol HCl (AF) (tableta)	1	
Sotalol HCl (tableta)	1	
Bloqueantes beta adrenérgicos		
Acebutolol HCl (cápsula)	1	
Atenolol (tableta)	1	
Betaxolol HCl (10mg tableta, 20mg tableta)	1	
Bisoprolol Fumarate (tableta)	1	
Bystolic (tableta)	1	QL
Carvedilol (tableta)	1	
Labetalol HCl (100mg tableta, 200mg tableta, 300mg tableta)	1	
Labetalol HCl (5mg/ml inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Metoprolol Succinate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Metoprolol Tartrate (100mg tableta de liberación inmediata, 25mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata)	1	
Metoprolol Tartrate (5mg/5ml inyección)	1	
Nadolol (tableta)	1	
Pindolol (tableta)	1	
Propranolol HCl (20mg/5ml solución oral, 40mg/5ml solución oral)	1	
Propranolol HCl (1mg/ml inyección)	1	
Propranolol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Propranolol HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Timolol Maleate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Bloqueantes del canal de calcio		
Afeditab CR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amlodipine Besylate (tableta)	1	
Cardene IV (inyección)	1	
Cartia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Dilt-XR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Diltiazem HCl (100mg inyección, 50mg/10ml inyección)	1	
Diltiazem HCl (120mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 60mg tableta de liberación inmediata, 90mg tableta de liberación inmediata)	1	
Diltiazem HCl ER (cápsula de liberación prolongada)	1	
Felodipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Matzim LA (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Nicardipine HCl (2.5mg/ml inyección)	1	
Nicardipine HCl (20mg cápsula, 30mg cápsula)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Nimodipine (cápsula)	1	
Nymalize (solución oral)	1	
Taztia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Verapamil HCl (120mg tableta de liberación inmediata, 40mg tableta de liberación inmediata, 80mg tableta de liberación inmediata)	1	
Verapamil HCl (2.5mg/ml inyección)	1	
Verapamil HCl ER (100mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 120mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 200mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Verapamil HCl ER (120mg tableta de liberación prolongada, 180mg tableta de liberación prolongada, 240mg tableta de liberación prolongada)	1	
Verapamil HCl SR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
Amiloride/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl (cápsula)	1	QL
Amlodipine Besylate/ Valsartan (tableta)	1	QL
Amlodipine/ Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL
Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Atenolol/ Chlorthalidone (tableta)	1	
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
BiDil (tableta)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Captopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Corlanor (tableta)	1	PA, QL
Demser (cápsula)	1	
Digitek (tableta)	1	
Digox (tableta)	1	
Digoxin (0.05mg/ml solución oral)	1	
Digoxin (0.25mg/ml inyección)	1	
Digoxin (125mcg tableta, 250mcg tableta)	1	
Edarbyclor (tableta)	1	QL
Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Entresto (tableta)	1	QL
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Irbesartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lanoxin (125mcg tableta, 250mcg tableta, 62.5mcg tableta)	1	
Lisinopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Methyldopa/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Metoprolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Moexipril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Nadolol/ Bendroflumethiazide (tableta)	1	
Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Pentoxifylline ER (tableta de liberación prolongada)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Propranolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Ranexa (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
Spironolactone/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Telmisartan/ Amlodipine (tableta)	1	QL
Telmisartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Triamterene/ Hydrochlorothiazide (37.5mg-25mg tableta, 75mg-50mg tableta, 37.5mg-25mg cápsula)	1	
Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Diuréticos, inhibidores de carbonato deshidratasa		
Acetazolamide (tableta de liberación inmediata)	1	
Acetazolamide ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Acetazolamide Sodium (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Methazolamide (tableta)	1	
Diuréticos de asa		
Bumetanide (0.25mg/ml inyección)	1	
Bumetanide (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	
Edecrin (tableta)	1	
Ethacrynic Acid (tableta)	1	
Furosemide (10mg/ml inyección)	1	B/D, PA
Furosemide (10mg/ml solución oral, 8mg/ml solución oral)	1	
Furosemide (20mg tableta, 40mg tableta, 80mg tableta)	1	
Torsemide (tableta)	1	
Diuréticos ahorradores de potasio		
Amiloride HCl (tableta)	1	
Dyrenium (cápsula)	1	
Eplerenone (tableta)	1	
Spironolactone (tableta)	1	
Diuréticos tiazidas		
Chlorothiazide (tableta)	1	
Chlorothiazide Sodium (inyección)	1	B/D, PA
Chlorthalidone (tableta)	1	
Diuril (suspensión)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Hydrochlorothiazide (12.5mg cápsula, 12.5mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Indapamide (tableta)	1	
Methyclothiazide (tableta)	1	
Metolazone (tableta)	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
Fenofibrate (145mg tableta, 48mg tableta)	1	
Fenofibrate (160mg tableta, 54mg tableta)	1	
Fenofibrate Micronized (cápsula)	1	
Fenofibric Acid (tableta)	1	
Fenofibric Acid DR (cápsula de liberación retardada)	1	
Gemfibrozil (tableta)	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
Atorvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Fluvastatin (cápsula de liberación inmediata)	1	QL
Livalo (tableta)	1	QL
Lovastatin (tableta)	1	QL
Pravastatin Sodium (tableta)	1	QL
Rosuvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Simvastatin (tableta)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dislipidémicos, otros		
Cholestyramine (paquete)	1	
Cholestyramine Light (polvo)	1	
Colesevelam HCl (tableta)	1	
Colestipol HCl (1gm tableta)	1	
Colestipol HCl (5gm paquete)	1	
Ezetimibe (tableta)	1	QL
Ezetimibe/Simvastatin (tableta)	1	QL
Juxtapid (cápsula)	1	PA, LA
Kynamro (inyección)	1	PA, LA
Niacin ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Niacor (tableta)	1	
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula) (Lovaza genérico)	1	QL
Praluent (inyección)	1	PA, QL
Prevalite (paquete)	1	
Repatha (inyección)	1	PA, QL
Repatha Pushtronex System (inyección)	1	PA, QL
Repatha SureClick (inyección)	1	PA, QL
Vascepa (cápsula)	1	
Welchol (3.75gm paquete, 625mg tableta)	1	
Vasodilatadores arteriales de acción directa		

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Hydralazine HCl (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Hydralazine HCl (20mg/ml inyección)	1	
Minoxidil (tableta)	1	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa		
Isosorbide Dinitrate (tableta de liberación inmediata)	1	
Isosorbide Dinitrate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Isosorbide Mononitrate (tableta de liberación inmediata)	1	
Isosorbide Mononitrate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Minitran (parche 24 horas)	1	
Nitro-Bid (ungüento)	1	
Nitroglycerin (0.3mg tableta sublingual, 0.4mg tableta sublingual, 0.6mg tableta sublingual)	1	
Nitroglycerin (5mg/ml inyección)	1	
Nitroglycerin Lingual (solución translingual)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nitroglycerin Transdermal (parche 24 horas)	1	
Nitrostat (tableta sublingual)	1	
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
Amphetamine/ Dextroamphetamine (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula de liberación prolongada 24 horas 25mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 30mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amphetamine/ Dextroamphetamine (10mg tableta de liberación inmediata, 12.5mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata, 7.5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL	Vyvanse (10mg cápsula, 20mg cápsula, 30mg cápsula, 40mg cápsula, 50mg cápsula, 60mg cápsula, 70mg cápsula, 10mg tableta masticable, 20mg tableta masticable, 30mg tableta masticable, 40mg tableta masticable, 50mg tableta masticable, 60mg tableta masticable)	1	
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta, 5mg tableta)	1	QL	Agentes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL	Atomoxetine (cápsula)	1	QL
			Clonidine HCl ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	PA
			Dexmethylphenidate HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL
			Dexmethylphenidate HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
			Guanfacine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
			Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Methylphenidate HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	1	QL	Duloxetine HCl (20mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	QL	Lyrica (100mg cápsula, 150mg cápsula, 200mg cápsula, 225mg cápsula, 25mg cápsula, 300mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 20mg/ml solución oral)	1	QL
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada, 20mg tableta de liberación prolongada)	1	QL	Savella (tableta)	1	
Agentes del sistema nervioso central, otros			Savella Titration Pack	1	
Austedo (tableta)	1	PA, QL	Agentes para la esclerosis múltiple		
Ingrezza (cápsula)	1	PA, QL	Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL	Aubagio (tableta)	1	QL
Nuedexta (cápsula)	1	PA	Avonex (inyección)	1	
Rilutek (tableta)	1		Avonex Pen (inyección)	1	
Riluzole (tableta)	1		Betaseron (inyección)	1	
Tetrabenazine (tableta)	1	PA, QL	Copaxone (inyección)	1	
Xenazine (tableta)	1	PA, QL, LA	Gilenya (cápsula)	1	QL
Agentes para la fibromialgia			Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución)	1	
			Glatopa (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rebif (inyección)	1	
Rebif Rebidose (inyección)	1	
Rebif Rebidose Titration Pack (inyección)	1	
Rebif Titration Pack (inyección)	1	
Tecfidera (cápsula de liberación retardada)	1	QL
Tecfidera Starter Pack	1	
Tysabri (inyección)	1	PA
Agentes dentales y bucales		
Agentes dentales y bucales		
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse (solución)	1	
Kepivance (inyección)	1	
Periogard (solución)	1	
Pilocarpine HCl (5mg tableta, 7.5mg tableta)	1	
Triamcinolone Acetonide Dental Paste (pasta)	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos		
Acitretin (cápsula)	1	
Adapalene (0.1% crema, 0.1% gel)	1	
Ammonium Lactate (12% crema, 12% loción)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Calcipotriene (0.005% crema, 0.005% solución externa)	1	
Calcitriol (3mcg/gm ungüento)	1	
Carac (crema)	1	PA
Claravis (cápsula)	1	PA
Clindamycin Phosphate (1% solución externa, 1% gel, 1% loción, 1% hisopo)	1	
Clindamycin/Benzoyl Peroxide (1%-5% gel) (BenzaClin genérico)	1	
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% crema)	1	
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% loción)	1	
Cortisporin (0.5%-0.5% crema, 1%-0.5% ungüento)	1	
Cosentyx (inyección)	1	PA
Cosentyx Sensoready Pen (inyección)	1	PA
Diclofenac Sodium (3% gel)	1	PA
Doxepin HCl (crema)	1	PA
Elidel (crema)	1	ST
Ery (2% almohadilla)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Erythromycin (2% solución externa)	1	
Erythromycin (2% gel)	1	
Erythromycin/Benzoyl Peroxide (gel)	1	
Finacea (15% espuma, 15% gel)	1	
Fluorouracil (0.5% crema)	1	
Fluorouracil (2% solución externa, 5% solución externa)	1	
Fluorouracil (5% crema)	1	
Imiquimod (crema)	1	
Isotretinoin (cápsula)	1	PA
Methoxsalen (cápsula)	1	
Mirvaso (gel)	1	
Oxsoralen Ultra (cápsula)	1	
Picato (gel)	1	
Podofilox (solución externa)	1	
Prudoxin (crema)	1	PA
Regranex (gel)	1	PA
Santyl (ungüento)	1	
Selenium Sulfide (loción)	1	
Soriatane (cápsula)	1	
Stelara (130mg/26ml inyección, 45mg/0.5ml inyección, 90mg/ml inyección)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tacrolimus (0.03% ungüento, 0.1% ungüento)	1	ST
Tazarotene (crema)	1	PA
Tazorac (0.05% crema, 0.1% crema, 0.05% gel, 0.1% gel)	1	PA
Tretinoin (0.01% gel, 0.025% gel, 0.025% crema, 0.05% crema, 0.1% crema)	1	PA
Tretinoin Microsphere (gel)	1	PA
Zyclara Pump (crema)	1	PA
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Reemplazos de electrolitos/minerales		
Aminosyn 7%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn 8.5%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn II (10% inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn II 8.5%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn-HBC (inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn-PF (inyección)	1	B/D, PA
Aminosyn-RF (inyección)	1	B/D, PA
Carbaglu (tableta)	1	LA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dextrose 10% (inyección)	1	
Dextrose 10%/NaCl 0.2% (inyección)	1	
Dextrose 10%/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Dextrose 5% (inyección)	1	
Dextrose 5%/Lactated Ringers (inyección)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.2% (inyección)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.225% (inyección)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.33% (inyección)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.9% (inyección)	1	
FreAmine HBC 6.9% (inyección)	1	B/D, PA
HepatAmine (inyección)	1	B/D, PA
Intralipid (inyección)	1	B/D, PA
Ionosol-MB/Dextrose 5% (inyección)	1	
Isolyte-P/Dextrose 5% (inyección)	1	
Isolyte-S (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2% (inyección)	1	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9% (inyección)	1	
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9% (inyección)	1	
Klor-Con (paquete)	1	
Klor-Con 10 (tableta de liberación prolongada)	1	
Klor-Con 8 (tableta de liberación prolongada)	1	
Klor-Con M10 (tableta de liberación prolongada)	1	
Klor-Con M15 (tableta de liberación prolongada)	1	
Klor-Con M20 (tableta de liberación prolongada)	1	
Klor-Con Sprinkle (cápsula de liberación prolongada)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lactated Ringers Irrigation (solución)	1	
Lactated Ringers Viaflex (inyección)	1	
Levocarnitine (1gm/10ml solución oral, 330mg tableta)	1	
Magnesium Sulfate (1gm/2ml-50% inyección)	1	
Magnesium Sulfate (5gm/10ml-50% inyección)	1	
Nephramine (inyección)	1	B/D, PA
Normosol-M in D5W (inyección)	1	
Normosol-R (inyección)	1	
Normosol-R in D5W (inyección)	1	
Nutrilipid (inyección)	1	B/D, PA
Physiolyte (solución de irrigación)	1	
Physiosol Irrigation (solución)	1	
Plasma-Lyte A (inyección)	1	
Plasma-Lyte-148 (inyección)	1	
Plenammine (inyección)	1	B/D, PA
Potassium Chloride (10% solución oral, 20% solución oral)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Potassium Chloride (10meq/100ml inyección, 20meq/100ml inyección, 40meq/100ml inyección)	1	B/D, PA
Potassium Chloride (2meq/ml inyección)	1	B/D, PA
Potassium Chloride CR (tableta de liberación prolongada)	1	
Potassium Chloride ER (10meq cápsula de liberación prolongada, 8meq cápsula de liberación prolongada)	1	
Potassium Chloride ER (10meq tableta de liberación prolongada, 20meq tableta de liberación prolongada, 8meq tableta de liberación prolongada)	1	
Potassium Chloride/Dextrose (inyección)	1	B/D, PA
Potassium Chloride/Dextrose/Lactated Ringers (inyección)	1	
Potassium Chloride/Dextrose/Sodium Chloride (inyección)	1	
Potassium Chloride/Sodium Chloride (20meq/L-0.45% inyección)	1	B/D, PA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Potassium Chloride/ Sodium Chloride (20meq/L-0.9% inyección, 40meq/ L-0.9% inyección)	1	B/D, PA
Potassium Citrate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Premasol (inyección)	1	B/D, PA
Procalamine (inyección)	1	B/D, PA
Prosol (inyección)	1	B/D, PA
Ringers Injection	1	
Ringers Irrigation (solución)	1	
Sodium Chloride 0.9% (solución de irrigación)	1	
Sodium Chloride (0.9% inyección, 2.5meq/ml inyección)	1	
Sodium Chloride (3% inyección, 5% inyección)	1	B/D, PA
Sodium Chloride 0.45% (inyección)	1	
Sodium Fluoride (tableta)	1	
Sodium Lactate (inyección)	1	
TPN Electrolytes (inyección)	1	
Travasol (inyección)	1	B/D, PA
Trophamine (10% inyección)	1	B/D, PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Modificadores de electrolitos/minerales/ metales		
Chemet (cápsula)	1	
Exjade (tableta soluble)	1	PA
Ferriprox (100mg/ml solución oral, 500mg tableta)	1	PA
Jadenu (tableta)	1	PA
Jadenu Sprinkle (paquete)	1	PA
Kionex (suspensión)	1	
Samsca (tableta)	1	PA, QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo)	1	
SPS (suspensión)	1	
Syprine (cápsula)	1	PA, QL
Trientine HCl (cápsula)	1	PA, QL
Veltassa (paquete)	1	QL
Aglutinantes de fosfato		
Auryxia (tableta)	1	PA
Calcium Acetate (667mg cápsula, 667mg tableta)	1	
Fosrenol (1000mg paquete, 750mg paquete, 1000mg tableta masticable, 500mg tableta masticable, 750mg tableta masticable)	1	
Lanthanum Carbonate (tableta masticable)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Phoslyra (solución oral)	1	
Renagel (tableta)	1	ST
Renvela (0.8gm paquete, 2.4gm paquete)	1	
Sevelamer Carbonate (0.8gm paquete, 2.4gm paquete, 800mg tableta)	1	
Velphoro (tableta masticable)	1	
Vitaminas		
VP-PNV-DHA (cápsula)	1	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
Atropine Sulfate (0.25mg/5ml inyección)	1	
Cuvposa (solución oral)	1	
Dicyclomine HCl (10mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1	
Dicyclomine HCl (tableta)	1	
Glycopyrrolate (4mg/20ml inyección)	1	
Methscopolamine Bromide (tableta)	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
Chenodal (tableta)	1	
Cromolyn Sodium (100mg/5ml concentrado)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diphenoxylate/Atropine (2.5mg-0.025mg tableta, 2.5mg-0.025mg/5ml líquido)	1	
Gattex (inyección)	1	PA
Loperamide HCl (cápsula)	1	
Myalept (inyección)	1	PA
Relistor (12mg/0.6ml inyección, 8mg/0.4ml inyección)	1	PA
Serostim (inyección)	1	PA
Ursodiol (250mg tableta, 500mg tableta)	1	
Ursodiol (300mg cápsula)	1	
Zorbive (inyección)	1	PA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
Cimetidine (tableta)	1	
Cimetidine HCl (solución oral)	1	
Famotidine (20mg tableta, 40mg tableta)	1	
Famotidine (20mg/2ml inyección, 40mg/5ml suspensión)	1	
Famotidine Premixed (inyección)	1	
Ranitidine HCl (150mg tableta, 300mg tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ranitidine HCl (50mg/2ml inyección, 75mg/5ml jarabe)	1	
Agentes para el síndrome del colon irritable		
Alosetron HCl (tableta)	1	PA
Amitiza (cápsula)	1	QL
Linzess (cápsula)	1	QL
Lotronex (tableta)	1	PA
Xifaxan (tableta)	1	PA
Laxantes		
Constulose (solución oral)	1	
Enulose (solución oral)	1	
GaviLyte-C (solución oral)	1	
GaviLyte-G (solución oral)	1	
GaviLyte-N/Flavor Pack (solución oral)	1	
Generlac (solución oral)	1	
Lactulose (solución oral)	1	
PEG 3350/ Electrolytes (solución oral)	1	
PEG-3350/ Electrolytes (solución oral) (GoLYTELY genérico)	1	
PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl (solución oral) (NuLYTELY genérico)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Polyethylene Glycol 3350 Powder (MiraLAX genérico)	1	
Suprep Bowel Prep Kit (solución oral)	1	
TriLyte (solución oral)	1	
Protectores		
Carafate (1gm/10ml suspensión)	1	
Misoprostol (tableta)	1	
Sucralfate (tableta)	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
Dexilant (cápsula de liberación retardada)	1	QL
Esomeprazole Magnesium (cápsula de liberación retardada) (Nexium genérico)	1	QL
Esomeprazole Sodium (inyección)	1	
Lansoprazole (15mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Nexium (10mg paquete, 2.5mg paquete, 20mg paquete, 40mg paquete, 5mg paquete)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nexium (20mg cápsula de liberación retardada, 40mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Omeprazole (10mg cápsula de liberación retardada, 40mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Omeprazole (20mg cápsula de liberación retardada)	1	
Pantoprazole Sodium (20mg tableta de liberación retardada, 40mg tableta de liberación retardada)	1	QL
Prilosec (paquete)	1	PA
Rabeprazole Sodium (tableta de liberación retardada)	1	
Trastorno genético o deficiencia enzimática: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético o deficiencia enzimática: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Adagen (inyección)	1	LA
Aldurazyme (inyección)	1	
Aralast NP (inyección)	1	PA, LA
Buphenyl (3gm/tsp polvo, 500mg tableta)	1	
Cerezyme (inyección)	1	PA
Cholbam (cápsula)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Creon (cápsula de liberación retardada)	1	
Cystadane (polvo)	1	
Cystagon (cápsula)	1	LA
Elaprase (inyección)	1	
Elelyso (inyección)	1	PA, LA
Exondys 51 (inyección)	1	PA, LA
Fabrazyme (inyección)	1	
Glassia (inyección)	1	PA, LA
Kanuma (inyección)	1	PA
Kuvan (100mg paquete, 500mg paquete, 100mg tableta soluble)	1	
Lumizyme (inyección)	1	
Miglustat (cápsula)	1	PA, LA
Naglazyme (inyección)	1	
Ocaliva (tableta)	1	PA, QL
Orfadin (10mg cápsula, 20mg cápsula, 2mg cápsula, 5mg cápsula, 4mg/ml suspensión)	1	LA
Procysbi (cápsula de liberación retardada)	1	
Prolastin-C (inyección)	1	PA, LA
Ravicti (líquido)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Sodium Phenylbutyrate (3gm/ TSP polvo, 500mg tableta)	1	
Strensiq (inyección)	1	PA, LA
Sucraid (solución oral)	1	LA
VPRIV (inyección)	1	PA
Zavesca (cápsula)	1	PA, LA
Zemaira (inyección)	1	PA, LA
Zenpep (cápsula de liberación retardada)	1	
Agentes genitourinarios		
Antiespasmódicos, urinarios		
Myrbetriq (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Oxybutynin Chloride (5mg tableta de liberación inmediata, 5mg/5ml jarabe)	1	
Oxybutynin Chloride ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Vesicare (tableta)	1	QL
Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
Alfuzosin HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Dutasteride (cápsula)	1	
Finasteride (5mg tableta) (Proscar genérico)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rapaflo (cápsula)	1	QL
Tamsulosin HCl (cápsula)	1	
Terazosin HCl (cápsula)	1	
Agentes genitourinarios, otros		
Bethanechol Chloride (tableta)	1	
Cuprimine (cápsula)	1	PA
Depen Titratabs (tableta)	1	
Elmiron (cápsula)	1	
Lithostat (tableta)	1	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		
Ala-Cort (crema)	1	
Alclometasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1	
Augmented Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1	
Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso	Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Betamethasone Valerate (0.1% crema, 0.1% loción, 0.1% ungüento)	1		Fludrocortisone Acetate (tableta)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% ungüento, 0.05% champú)	1		Fluocinolone Acetonide (0.01% crema, 0.025% crema, 0.01% solución externa, 0.025% ungüento)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% solución externa)	1		Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite)	1	
Cordran (cinta)	1		Fluocinonide (0.05% solución externa, 0.05% gel, 0.05% ungüento)	1	
Cortisone Acetate (tableta)	1		Fluocinonide Emulsified Base (crema)	1	
Depo-Medrol (20mg/ml inyección)	1		Fluticasone Propionate (0.005% ungüento, 0.05% crema)	1	
Desonide (0.05% ungüento)	1		Halobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1	
Desoximetasone (0.05% crema, 0.25% crema)	1		Hydrocortisone (1% crema, 2.5% crema, 1% ungüento, 2.5% ungüento)	1	
Dexamethasone (0.5mg tableta, 0.75mg tableta, 1.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 0.5mg/5ml tónico)	1		Hydrocortisone (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 2.5% loción)	1	
Dexamethasone Intensol (1mg/ml concentrado)	1		Hydrocortisone Butyrate (0.1% ungüento)	1	
Dexamethasone Sodium Phosphate (10mg/ml inyección, 120mg/30ml inyección)	1				

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Hydrocortisone Valerate (0.2% crema, 0.2% ungüento)	1	
Kenalog-10 (inyección)	1	
Kenalog-40 (inyección)	1	
Methylprednisolone (tableta)	1	
Methylprednisolone Acetate (inyección)	1	
Methylprednisolone Dose Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	
Methylprednisolone Sodium Succinate (inyección)	1	
Mometasone Furoate (0.1% crema, 0.1% solución externa, 0.1% ungüento)	1	
Prednicarbate (0.1% crema)	1	
Prednicarbate (0.1% ungüento)	1	
Prednisolone (15mg/5ml solución oral)	1	
Prednisolone Sodium Phosphate (10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral, 25mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Prednisone (10mg tableta, paquete de tratamiento, 5mg tableta, paquete de tratamiento, 10mg tableta, 1mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 50mg tableta, 5mg tableta)	1	
Prednisone (5mg/5ml solución oral)	1	
Prednisone Intensol (5mg/ml concentrado)	1	
Solu-Cortef (inyección)	1	
Solu-Medrol (2gm inyección)	1	
Triamcinolone Acetonide (0.025% crema, 0.1% crema, 0.5% crema, 0.025% ungüento, 0.1% ungüento, 0.5% ungüento)	1	
Triamcinolone Acetonide (0.025% loción, 0.1% loción)	1	
Triamcinolone Acetonide (40mg/ml inyección)	1	
Triderm (crema)	1	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Chorionic Gonadotropin (inyección)	1	PA
Desmopressin Acetate (0.01% solución para atomizador nasal, 4mcg/ml inyección)	1	
Desmopressin Acetate (0.1mg tableta, 0.2mg tableta)	1	
Genotropin (12mg inyección, 5mg inyección)	1	PA
Genotropin Miniquick (0.2mg inyección)	1	PA
Genotropin Miniquick (0.4mg inyección, 0.6mg inyección, 0.8mg inyección, 1.2mg inyección, 1.4mg inyección, 1.6mg inyección, 1.8mg inyección, 1mg inyección, 2mg inyección)	1	PA
Humatrope (inyección)	1	PA
Humatrope Combo Pack (inyección)	1	PA
Increlex (inyección)	1	PA
Norditropin FlexPro (inyección)	1	PA
Novarel (inyección)	1	PA
Nutropin AQ (inyección)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pregnyl w/Diluent Benzyl Alcohol/NaCl (inyección)	1	PA
Saizen (inyección)	1	PA
Saizenprep Reconstitution Kit (inyección)	1	PA
Zomacton (10mg inyección)	1	PA
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Korlym (tableta)	1	PA, QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas/modificadores sexuales)		
Andrógenos		
Anadrol-50 (tableta)	1	PA
Androderm (parche 24 horas)	1	QL
AndroGel (1.62% gel en paquete)	1	
AndroGel Pump (1.62% gel)	1	
Danazol (cápsula)	1	
Oxandrolone (10mg tableta)	1	PA, QL
Oxandrolone (2.5mg tableta)	1	PA, QL
Testosterone Cypionate (inyección)	1	
Testosterone Enanthate (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Estrógenos		
Altavera (tableta)	1	
Alyacen 1/35 (tableta)	1	
Amethia (tableta)	1	
Amethia Lo (tableta)	1	
Apri (tableta)	1	
Aranelle (tableta)	1	
Ashlyna (tableta)	1	
Aubra (tableta)	1	
Aviane (tableta)	1	
Balziva (tableta)	1	
Bekyree (tableta)	1	
Blisovi 24 Fe (tableta)	1	
Blisovi Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Blisovi Fe 1/20 (tableta)	1	
Briellyn (tableta)	1	
Camrese Lo (tableta)	1	
Caziant (tableta)	1	
Climara Pro (parche semanal)	1	
Cryselle-28 (tableta)	1	
Cyclafem (tableta)	1	
Delyla (tableta)	1	
Depo-Estradiol (inyección)	1	
Desogestrel/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Drospirenone/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Duavee (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Elestrin (gel)	1	
Emoquette (tableta)	1	
Enpresse-28 (tableta)	1	
Enskyce (tableta)	1	
Estaylla (tableta)	1	
Estrace (0.1mg/gm crema)	1	
Estradiol (0.025mg/24hr parche semanal, 0.05mg/24hr parche semanal, 0.06mg/24hr parche semanal, 0.075mg/24hr parche semanal, 0.1mg/24hr parche semanal, 37.5mcg/24hr parche semanal)	1	QL
Estradiol (0.1mg/gm crema)	1	
Estradiol (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta) (Estrace genérico)	1	
Estradiol (10mcg tableta)	1	QL
Estradiol Valerate (inyección)	1	
Estring (anillo)	1	
Ethinodiol Diacetate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Falmina (tableta)	1	
Femring (anillo)	1	
Femynor (tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fyavolv (1mg-5mcg tableta)	1	
Gianvi (tableta)	1	
Introvale (tableta)	1	
Isibloom (tableta)	1	
Jinteli (tableta)	1	
Juleber (tableta)	1	
Junel 1.5/30 (tableta)	1	
Junel 1/20 (tableta)	1	
Junel Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Junel Fe 1/20 (tableta)	1	
Junel Fe 24 (tableta)	1	
Kaitlib Fe (tableta masticable)	1	
Kariva (tableta)	1	
Kelnor 1/35 (tableta)	1	
Kelnor 1/50 (tableta)	1	
Kimidess (tableta)	1	
Kurvelo (tableta)	1	
Larin 1.5/30 (tableta)	1	
Larin 1/20 (tableta)	1	
Larin Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Larin Fe 1/20 (tableta)	1	
Larissia (tableta)	1	
Layolis Fe (tableta masticable)	1	
Leena (tableta)	1	
Lessina (tableta)	1	
Levonest (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Levonorgestrel and Ethinyl Estradiol (90mcg-20mcg tableta)	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol (0.15mg-0.03mg tableta, 0.1mg-20mcg tableta, 0.05mg-30mcg/0.075mg-40mcg/0.125mg-30mcg tableta, 0.15mg-0.03mg/0.01mg tableta)	1	
Levora 0.15/30-28 (tableta)	1	
Loryna (tableta)	1	
Low-Ogestrel (tableta)	1	
Lutera (tableta)	1	
Marlissa (tableta)	1	
Melodetta 24 Fe (tableta masticable)	1	
Menest (tableta)	1	
Mibelas 24 Fe (tableta masticable)	1	
Microgestin 1.5/30 (tableta)	1	
Microgestin 1/20 (tableta)	1	
Microgestin Fe (tableta)	1	
Microgestin Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Mili (tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
MonoNessa (tableta)	1	
Necon 0.5/35-28 (tableta)	1	
Necon 7/7/7 (tableta)	1	
Nikki (tableta)	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol (1mg-20mcg tableta, 1mg-5mcg tableta)	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (1mg-20mcg-75mg tableta masticable)	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta)	1	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta masticable)	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta)	1	
Nortrel 1/35 (tableta)	1	
Nortrel 7/7/7 (tableta)	1	
NuvaRing (anillo)	1	
Ocella (tableta)	1	
Ogestrel (tableta)	1	
Orsythia (tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pimtrea (tableta)	1	
Pirmella 1/35 (tableta)	1	
Portia-28 (tableta)	1	
Premarin (0.3mg tableta, 0.45mg tableta, 0.625mg tableta, 0.9mg tableta, 1.25mg tableta)	1	QL
Premarin (crema vaginal)	1	
Premphase (tableta)	1	QL
Prempro (tableta)	1	QL
Previfem (tableta)	1	
Quasense (tableta)	1	
Reclipsen (tableta)	1	
Setlakin (tableta)	1	
Sprintec 28 (tableta)	1	
Sronyx (tableta)	1	
Syeda (tableta)	1	
Tarina Fe 1/20 (tableta)	1	
Tri-Legest Fe (tableta)	1	
Tri-Lo-Estarylla (tableta)	1	
Tri-Lo-Sprintec (tableta)	1	
Tri-Mili (tableta)	1	
Tri-Previfem (tableta)	1	
Tri-Sprintec (tableta)	1	
Tri-Vylibra (tableta)	1	
Trinessa (tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Trivora-28 (tableta)	1	
Velivet (tableta)	1	
Vienna (tableta)	1	
Vyfemla (tableta)	1	
Vylibra (tableta)	1	
Wymzya Fe (tableta masticable)	1	
Xulane (parche semanal)	1	
Yuvaferm (tableta)	1	QL
Zarah (tableta)	1	
Zenchent (tableta)	1	
Zovia 1/35E (tableta)	1	
Progestinas		
Camila (tableta)	1	
Crinone (gel)	1	PA
Deblitane (tableta)	1	
Depo-Provera (inyección)	1	
Errin (tableta)	1	
Hydroxyprogesterone Caproate (inyección)	1	PA
Incassia (tableta)	1	
Jolivette (tableta)	1	
Lyza (tableta)	1	
Makena (250mg/ml inyección, 275mg/1.1ml inyección)	1	PA
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml inyectable, jeringa precargada)	1	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml inyección)	1	
Megace ES (suspensión)	1	
Megestrol Acetate (20mg tableta, 40mg tableta, 40mg/ml suspensión)	1	
Megestrol Acetate (625mg/5ml suspensión)	1	
Nora-BE (tableta)	1	
Norethindrone (0.35mg tableta)	1	
Norethindrone Acetate (5mg tableta)	1	
Norlyroc (tableta)	1	
Progesterone (cápsula)	1	
Sharobel (tableta)	1	
Agentes modificadores del receptor de estrógenos selectivo		
Osphena (tableta)	1	PA, QL
Raloxifene HCl (tableta)	1	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Levothyroxine Sodium (100mcg inyección)	1	
Levothyroxine Sodium (100mcg tableta, 112mcg tableta, 125mcg tableta, 137mcg tableta, 150mcg tableta, 175mcg tableta, 200mcg tableta, 25mcg tableta, 300mcg tableta, 50mcg tableta, 75mcg tableta, 88mcg tableta)	1	
Levoxyl (tableta)	1	
Liothyronine Sodium (10mcg/ml inyección)	1	
Liothyronine Sodium (25mcg tableta, 50mcg tableta, 5mcg tableta)	1	
Synthroid (tableta)	1	
Unithroid (tableta)	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
Lysodren (tableta)	1	
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Cabergoline (tableta)	1	
Egrifta (inyección)	1	PA
Firmagon (120mg inyección)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Firmagon (80mg inyección)	1	PA
Leuprolide Acetate (inyección)	1	PA
Lupaneta Pack (paquete)	1	PA
Lupron Depot (1 mes) (inyección)	1	PA
Lupron Depot (3 meses) (inyección)	1	PA
Lupron Depot (4 meses) (inyección)	1	PA
Lupron Depot (6 meses) (inyección)	1	PA
Lupron Depot-Ped (1 mes) (inyección)	1	PA
Lupron Depot-Ped (3-mes) (inyección)	1	PA
Octreotide Acetate (inyección)	1	PA
Sandostatin LAR Depot (inyección)	1	PA
Signifor (inyección)	1	PA
Somatuline Depot (inyección)	1	
Somavert (inyección)	1	PA, QL
Synarel (solución nasal)	1	
Trelstar Mixject (inyección)	1	PA
Agentes hormonales, supresores (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
Methimazole (tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Propylthiouracil (tableta)	1	
Agentes inmunológicos		
Agentes para el angioedema		
Beriner (inyección)	1	PA, LA
Cinryze (inyección)	1	PA, LA
Firazy (inyección)	1	PA, QL
Haegarda (inyección)	1	PA
Ruconest (inyección)	1	PA
Supresores inmunológicos		
Azathioprine (100mg inyección)	1	B/D, PA
Azathioprine (50mg tableta)	1	B/D, PA
Cellcept (200mg/ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg tableta)	1	PA
Cimzia (inyección)	1	PA
Cyclosporine (100mg cápsula, 25mg cápsula)	1	B/D, PA
Cyclosporine (50mg/ml inyección)	1	
Cyclosporine Modified (100mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Enbrel (inyección)	1	PA
Enbrel SureClick (inyección)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Envarsus XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA
Gengraf (100mg cápsula, 25mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Humira (inyección)	1	PA
Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack (inyección)	1	PA
Humira Pen (inyección)	1	PA
Humira Pen Crohns Disease Starter Pack (inyección)	1	PA
Kineret (inyección)	1	PA
Methotrexate (tableta)	1	
Methotrexate Sodium (inyección)	1	
Mycophenolate Mofetil (200mg/ml suspensión)	1	PA
Mycophenolate Mofetil (250mg cápsula, 500mg tableta)	1	PA
Mycophenolate Mofetil (500mg inyección)	1	PA
Mycophenolic Acid DR (tableta de liberación retardada)	1	B/D, PA
Nulojix (inyección)	1	PA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Orencia (125mg/ml inyección, 50mg/0.4ml inyección, 87.5mg/0.7ml inyección, 250mg inyección)	1	PA
Orencia Clickject (inyección)	1	PA
Prograf (5mg/ml inyección)	1	PA
Rapamune (1mg tableta, 2mg tableta, 1mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Remicade (inyección)	1	PA
Sandimmune (100mg cápsula)	1	B/D, PA
Sandimmune (100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Simponi (inyección)	1	PA
Simponi Aria (inyección)	1	PA
Sirolimus (tableta)	1	B/D, PA
Tacrolimus (0.5mg cápsula, 1mg cápsula, 5mg cápsula)	1	PA
Torisel (inyección)	1	
Trexall (tableta)	1	
Xatmep (solución oral)	1	PA
Xeljanz (10mg tableta, 5mg tableta)	1	PA, QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Zortress (tableta)	1	PA
Agentes de inmunización, pasivos		
Atgam (inyección)	1	
BIVIGAM (inyección)	1	PA
Carimune Nanofiltered (inyección)	1	PA
Flebogamma DIF (inyección)	1	PA
Gamastan S/D (inyección)	1	PA
Gammagard Liquid (inyección)	1	PA
Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml (inyección)	1	PA
Gammaked (inyección)	1	PA
Gammaplex (inyección)	1	PA
Gamunex-C (inyección)	1	PA
Octagam (inyección)	1	PA
Privigen (inyección)	1	PA
Thymoglobulin (inyección)	1	
Varizig (inyección)	1	
Inmunomoduladores		

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Actemra (162mg/0.9ml inyección, 200mg/10ml inyección, 400mg/20ml inyección)	1	PA
Actemra (80mg/4ml inyección)	1	PA
Actimmune (inyección)	1	
Arcalyst (inyección)	1	PA, LA
Benlysta (120mg inyección, 400mg inyección, 200mg/ml inyección)	1	PA
Ilaris (inyección)	1	PA, QL, LA
Leflunomide (tableta)	1	
Otezla (tableta, paquete de tratamiento, 30mg tableta)	1	PA
Ridaura (cápsula)	1	
Simulect (inyección)	1	
Sylvant (inyección)	1	PA
Synagis (inyección)	1	PA
Xolair (inyección)	1	PA
Vacunas		
ActHIB (inyección)	1	
Adacel (inyección)	1	
BCG Vaccine (inyección)	1	
Bexsero (inyección)	1	
Boostrix (inyección)	1	
Daptacel (inyección)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric (inyección)	1	
Engerix-B (inyección)	1	B/D, PA
Gardasil 9 (inyección)	1	
Havrix (inyección)	1	
Hiberix (inyección)	1	
Imovax Rabies (H.D.C.V.) (inyección)	1	B/D, PA
Infanrix (inyección)	1	
IPOL Inactivated IPV (inyección)	1	
Ixiaro (inyección)	1	
Kinrix (inyección)	1	
M-M-R II (inyección)	1	
Menactra (inyección)	1	
Menveo (inyección)	1	
Pediarix (inyección)	1	
Pedvax HIB (inyección)	1	
ProQuad (inyección)	1	
Quadracel (inyección)	1	
Rabavert (inyección)	1	B/D, PA
Recombivax HB (inyección)	1	B/D, PA
Rotarix (suspensión)	1	
RotaTeq (solución oral)	1	
Shingrix (inyección)	1	PA
Tenivac (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tetanus/Diphtheria Toxoids-Adsorbed Adult (inyección)	1	
Trumenba (inyección)	1	
Twinrix (inyección)	1	
Typhim Vi (inyección)	1	
VAQTA (inyección)	1	
Varivax (inyección)	1	
YF-Vax (inyección)	1	
Zostavax (inyección)	1	PA
Agentes para las enfermedades inflamatorias intestinales		
Aminosalicilatos		
Apriso (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Balsalazide Disodium (cápsula)	1	
Canasa (supositorio)	1	
Dipentum (cápsula)	1	
Lialda (tableta de partículas de liberación retardada)	1	QL
Mesalamine (enema)	1	
Mesalamine DR (1.2gm tableta de liberación retardada)	1	QL
Pentasa (cápsula de liberación prolongada)	1	QL
Rowasa (paquete)	1	
Glucocorticoides		

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Budesonide (3mg cápsula de liberación retardada)	1	
Budesonide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	ST
Colocort (enema)	1	
Entocort EC (cápsula de liberación retardada)	1	
Hydrocortisone (100mg/60ml enema)	1	
Procto-Med HC (crema)	1	
Procto-Pak (crema)	1	
Proctosol HC (crema)	1	
Proctozone-HC (crema)	1	
Uceris (9mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	ST
Sulfonamidas		
Sulfasalazine (500mg tableta de liberación retardada, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Agentes para la osteopatía metabólica		
Agentes para la osteopatía metabólica		
Alendronate Sodium (10mg tableta, 35mg tableta, 40mg tableta, 5mg tableta, 70mg tableta)	1	QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Alendronate Sodium (70mg/75ml solución oral)	1	
Binosto (tableta efervescente)	1	QL
Calcitonin-Salmon (solución nasal)	1	QL
Calcitriol (0.25mcg cápsula, 0.5mcg cápsula, 1mcg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Calcitriol (1mcg/ml inyección)	1	B/D, PA
Doxercalciferol (0.5mcg cápsula, 1mcg cápsula, 2.5mcg cápsula)	1	B/D, PA, QL
Doxercalciferol (4mcg/2ml inyección)	1	B/D, PA
Etidronate Disodium (tableta)	1	
Forteo (inyección)	1	PA, QL
Ibandronate Sodium (150mg tableta)	1	QL
Ibandronate Sodium (3mg/3ml inyección)	1	B/D, PA
Miacalcin (200 unidades/ml inyección)	1	PA
Natpara (inyección)	1	PA
Pamidronate Disodium (inyección)	1	B/D, PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Paricalcitol (1mcg cápsula, 2mcg cápsula, 4mcg cápsula, 2mcg/ml inyección, 5mcg/ml inyección)	1	B/D, PA
Prolia (inyección)	1	
Royaldee (cápsula de liberación prolongada)	1	QL
Risedronate Sodium (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Sensipar (30mg tableta)	1	B/D, PA, QL
Sensipar (60mg tableta, 90mg tableta)	1	B/D, PA, QL
Tymlos (inyección)	1	PA, QL
Xgeva (inyección)	1	PA
Zoledronic Acid (4mg/5ml inyección)	1	B/D, PA
Zoledronic Acid (5mg/100ml inyección)	1	PA
Zometa (inyección)	1	B/D, PA
Agentes terapéuticos varios		
Agentes terapéuticos varios		
Alcohol Prep Pads	1	
Botox (inyección)	1	PA, QL
Dysport (inyección)	1	PA
Fomepizole (inyección)	1	
Gauze (2X2 no medicinal)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Insulin Syringes, Needles	1	
Sterile Water Irrigation (solución)	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos, otros		
Atropine Sulfate (1% solución oftálmica)	1	
Bacitracin/Polymyxin B (ungüento oftálmico)	1	
Blephamide (suspensión)	1	
Blephamide S.O.P. (ungüento)	1	
Cystaran (solución oftálmica)	1	
Lacrisert (insertable)	1	
Lastacaft (solución oftálmica)	1	
Neomycin/Bacitracin/Polymyxin (ungüento)	1	
Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	1	
Neomycin/Polymyxin/Dexamethasone (0.1% ungüento oftálmico, 0.1% suspensión oftálmica)	1	
Neomycin/Polymyxin/Gramicidin (solución oftálmica)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone (1% suspensión oftálmica)	1	
Polymyxin B Sulfate/Trimethoprim Sulfate (solución oftálmica)	1	
Pred-G (suspensión)	1	
Pred-G S.O.P. (ungüento)	1	
Proparacaine HCl (solución oftálmica)	1	
Restasis (emulsión)	1	QL
Rhopressa (solución oftálmica)	1	ST
Sulfacetamide Sodium/Prednisolone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	1	
Tobradex (0.3%-0.1% ungüento oftálmico)	1	
Tobradex ST (suspensión oftálmica)	1	
Tobramycin/Dexamethasone (suspensión oftálmica)	1	
Xiidra (solución oftálmica)	1	QL
Agentes antialérgicos oftálmicos		
Alocril (solución oftálmica)	1	
Alomide (solución oftálmica)	1	
Azelastine HCl (0.05% solución oftálmica)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bepreve (solución oftálmica)	1	
Cromolyn Sodium (4% solución oftálmica)	1	
Epinastine HCl (solución oftálmica)	1	
Olopatadine HCl (solución oftálmica)	1	
Pazeo (solución oftálmica)	1	
Agentes antiglaucoma oftálmicos		
Alphagan P (0.1% solución oftálmica)	1	
Apraclonidine (solución oftálmica)	1	
Azopt (suspensión)	1	
Betaxolol HCl (0.5% solución oftálmica)	1	
Betimol (solución oftálmica)	1	
Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica)	1	
Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica)	1	
Carteolol HCl (solución oftálmica)	1	
Combigan (solución oftálmica)	1	
Cosopt PF (solución oftálmica)	1	
Dorzolamide HCl (solución oftálmica)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate (solución oftálmica)	1	
Levobunolol HCl (solución oftálmica)	1	
Metipranolol (solución oftálmica)	1	
Phospholine Iodide (solución oftálmica)	1	
Pilocarpine HCl (1% solución oftálmica, 2% solución oftálmica, 4% solución oftálmica)	1	
Simbrinza (suspensión)	1	
Timolol Maleate (0.25% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica) (Timoptic genérico)	1	
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución)	1	
Antiinflamatorios oftálmicos		
Dexamethasone Sodium Phosphate (0.1% solución oftálmica)	1	
Diclofenac Sodium (0.1% solución oftálmica)	1	
Durezol (emulsión)	1	
Flarex (suspensión)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	1	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	1	
FML (ungüento)	1	
FML Forte (suspensión)	1	
Ilevro (suspensión)	1	
Ketorolac Tromethamine (0.4% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica)	1	
Lotemax (0.5% gel, 0.5% ungüento, 0.5% suspensión)	1	
Nevanac (suspensión)	1	
Pred Mild (suspensión)	1	
Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	1	
Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	1	
Prolensa (solución oftálmica)	1	
Análogos de la prostaglandina y prostamida oftálmica		
Latanoprost (solución oftálmica)	1	
Lumigan (solución oftálmica)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Travatan Z (solución oftálmica)	1	
Vyzulta (solución oftálmica)	1	
Zioptan (solución oftálmica)	1	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
Acetic Acid (solución ótica)	1	
Cipro HC (suspensión)	1	
Ciprodex (suspensión ótica)	1	
Coly-Mycin S (suspensión)	1	
Fluocinolone Acetonide (0.01% aceite ótico)	1	
Hydrocortisone/Acetic Acid (solución ótica)	1	
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone (1% solución ótica, 1% suspensión ótica)	1	
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio		
Antihistamínicos		
Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)	1	
Cetirizine HCl (solución oral)	1	
Cyproheptadine HCl (2mg/5ml jarabe, 4mg tableta)	1	

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diphenhydramine HCl (50mg/ml inyección)	1	B/D, PA
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	1	QL
Phenadoz (supositorio)	1	
Promethazine HCl (12.5mg supositorio, 25mg supositorio, 25mg/ml inyección, 50mg/ml inyección)	1	
Promethazine HCl (6.25mg/5ml jarabe)	1	
Promethazine HCl (tableta)	1	
Promethegan (25mg supositorio)	1	
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables		
Arnuity Ellipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol, 50mcg/act polvo en aerosol)	1	QL
Budesonide (0.25mg/2ml suspensión, 0.5mg/2ml suspensión, 1mg/2ml suspensión)	1	B/D, PA
Flovent Diskus (polvo en aerosol)	1	QL
Flovent HFA (aerosol)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Flunisolide (solución nasal)	1	
Fluticasone Propionate (50mcg/act suspensión)	1	
Mometasone Furoate (50mcg/act suspensión)	1	
Triamcinolone Acetonide (55mcg/act aerosol)	1	
Antileucotrienos		
Montelukast Sodium (10mg tableta)	1	QL
Montelukast Sodium (4mg paquete, 4mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	1	QL
Zafirlukast (tableta)	1	QL
Zileuton ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	ST
Zyflo (tableta)	1	ST
Zyflo CR (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	ST
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
Atrovent HFA (solución en aerosol)	1	
Incruse Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL
Ipratropium Bromide (0.02% solución para inhalar)	1	B/D, PA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ipratropium Bromide (0.03% solución nasal, 0.06% solución nasal)	1	
Spiriva HandiHaler (cápsula)	1	QL
Spiriva Respimat (solución en aerosol)	1	QL
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
Albuterol Sulfate (0.083% solución para nebulizador, 0.5% solución para nebulizador, 0.63mg/3ml solución para nebulizador, 1.25mg/3ml solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Albuterol Sulfate (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata)	1	
Brovana (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
Epinephrine (0.15mg/0.3ml inyección, 0.3mg/0.3ml inyección) (EpiPen genérico)	1	QL
EpiPen (inyección)	1	QL
Levalbuterol (solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Metaproterenol Sulfate (10mg tableta, 20mg tableta, 10mg/5ml jarabe)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Perforomist (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
ProAir HFA (solución en aerosol)	1	
ProAir RespiClick (polvo en aerosol)	1	
Serevent Diskus (polvo en aerosol)	1	QL
Terbutaline Sulfate (1mg/ml inyección)	1	
Agentes para la fibrosis quística		
Bethkis (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
Cayston (solución para inhalar)	1	PA, LA
Kalydeco (150mg tableta, 50mg paquete, 75mg paquete)	1	PA, QL
Orkambi (tableta)	1	PA, QL, LA
TOBI (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
TOBI Podhaler (cápsula)	1	PA, QL
Tobramycin (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
Estabilizadores de mastocitos		
Cromolyn Sodium (20mg/2ml solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedades de las vías respiratorias		
Aminophylline (inyección)	1	
Daliresp (tableta)	1	PA, QL

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Theophylline (solución oral)	1	
Theophylline CR (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	
Theophylline ER (300mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 600mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Antihipertensivos pulmonares		
Adcirca (tableta)	1	PA, QL
Adempas (tableta)	1	PA
Letairis (tableta)	1	PA, QL, LA
Opsumit (tableta)	1	PA, LA
Orenitram (0.125mg tableta de liberación prolongada)	1	PA
Orenitram (0.25mg tableta de liberación prolongada, 1mg tableta de liberación prolongada, 2.5mg tableta de liberación prolongada, 5mg tableta de liberación prolongada)	1	PA
Remodulin (inyección)	1	PA, LA
Revatio (10mg/12.5ml inyección)	1	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Revatio (20mg tableta)	1	PA, QL
Sildenafil (10mg/12.5ml inyección)	1	PA
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	1	PA, QL
Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta, 32mg tableta soluble)	1	PA, QL
Ventavis (solución para inhalar)	1	PA, QL, LA
Agentes para la fibrosis pulmonar		
Esbriet (267mg cápsula, 267mg tableta, 801mg tableta)	1	PA, QL, LA
Ofev (cápsula)	1	PA, QL, LA
Agentes del tracto respiratorio, otros		
Acetylcysteine (solución para inhalar)	1	B/D, PA
Advair Diskus (polvo en aerosol)	1	QL
Advair HFA (aerosol)	1	QL
Anoro Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL
Bevespi Aerosphere (aerosol)	1	QL
Breo Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL
Combivent Respimat (solución en aerosol)	1	
Dulera (aerosol)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dymista (suspensión)	1	
Fluticasone Propionate/ Salmeterol (polvo en aerosol)	1	QL
Ipratropium Bromide/ Albuterol Sulfate (solución para inhalar)	1	B/D, PA
Nucala (inyección)	1	PA, QL, LA
Pulmozyme (solución para inhalar)	1	B/D, PA, QL
Stiolto Respimat (solución en aerosol)	1	QL
Symbicort (aerosol)	1	QL
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL
Relajantes de músculos esqueléticos		
Relajantes de músculos esqueléticos		
Baclofen (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Chlorzoxazone (500mg tableta)	1	
Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dantrolene Sodium (cápsula)	1	
Lioresal Intrathecal (2000mcg/ml inyección)	1	B/D, PA
Lioresal Intrathecal (500mcg/ml inyección)	1	B/D, PA
Orphenadrine Citrate (inyección)	1	
Tizanidine HCl (2mg tableta, 4mg tableta)	1	
Agentes para trastornos del sueño		
Moduladores receptores de GABA		
Temazepam (15mg cápsula, 30mg cápsula)	1	QL
Zaleplon (cápsula)	1	QL
Zolpidem Tartrate (10mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL
Trastornos del sueño, otros		
Belsomra (tableta)	1	QL
Hetlioz (cápsula)	1	PA, QL
Modafinil (tableta)	1	PA, QL
Rozerem (tableta)	1	QL
Xyrem (solución oral)	1	PA, QL, LA

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL)

Esta lista muestra los medicamentos que tienen un límite de cantidad. Algunos medicamentos vienen en varias concentraciones, y cada una podría tener un límite de cantidad diferente. Si los límites de cantidad de un medicamento varían según la concentración, las diferentes concentraciones aparecen en renglones separados. Estos límites pueden aplicarse para proteger su seguridad.

El plan solamente cubrirá una cierta cantidad de estos medicamentos o solamente cubrirá estos medicamentos durante una cierta cantidad de días. Para obtener más información sobre los límites de cantidad, hable con su médico o farmacéutico. También puede llamar a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente en el cuadro a continuación.

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Abacavir (20mg/ml solución oral)	Máximo de 48 ml por día
Abacavir (300mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Abacavir Sulfate/Lamivudine/Zidovudine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Abacavir/Lamivudine (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Abstral (tableta sublingual)	Máximo de 4 tabletas por día
Acarbose (100mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Acarbose (25mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Acarbose (50mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Acetaminophen/Codeine (120mg-12mg/5ml solución oral)	Máximo de 150 ml por día
Acetaminophen/Codeine (300mg-15mg tableta, 300mg-30mg tableta, 300mg-60mg tableta)	Máximo de 13 tabletas por día
Acyclovir (5% ungüento)	Máximo de 1 tubo (30 gramos) cada 30 días
Adcirca (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Advair Diskus (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Advair HFA (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Afeditab CR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Albenza (tableta)	Máximo de 16 tabletas por día
Alecensa (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Alendronate Sodium (10mg tableta, 40mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Alendronate Sodium (35mg tableta)	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Alendronate Sodium (70mg tableta)	Máximo de 4 tabletas cada 28 días

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Alprazolam (0.25mg tableta de liberación inmediata, 0.5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (1mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (2mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 5 tabletas por día
Alunbrig (180mg tableta, 90mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Alunbrig (30mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Alunbrig (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (30 tabletas) cada 30 días
Amitiza (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Amlodipine Besylate/Atorvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine Besylate/Benazepril HCl (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Amlodipine Besylate/Valsartan (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine/Olmesartan Medoxomil (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine/Valsartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 25mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 30mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 cápsulas por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (10mg tableta de liberación inmediata, 12.5mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata, 7.5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (20mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Androderm (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Anoro Ellipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Apokyn (inyección)	Máximo de 3 ml por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Apriso (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 cápsulas por día
Aptiom (200mg tableta, 400mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Aptiom (600mg tableta, 800mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Aptivus (100mg/ml solución oral)	Máximo de 15 ml por día
Aptivus (250mg cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Aripiprazole (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 30mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	Máximo de 25 ml por día
Aripiprazole ODT (10mg tableta dispersable)	Máximo de 3 tabletas por día
Aripiprazole ODT (15mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
Arnuity Ellipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Arnuity Ellipta (50mcg/act polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (150mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Atomoxetine (100mg cápsula, 60mg cápsula, 80mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Atomoxetine (10mg cápsula, 18mg cápsula, 25mg cápsula, 40mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atorvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Atripla (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Aubagio (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Austedo (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Avandia (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Avandia (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Belsomra (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Benazepril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Benazepril HCl/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Bethkis (solución para nebulizador)	Máximo de 8 ml (2 ampollas) por día
Bevespi Aerosphere (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Bidil (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Biktarvy (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Binosto (tableta efervescente)	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Bisoprolol Fumarate/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Bosulif (100mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Bosulif (400mg tableta, 500mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Botox (inyección)	Máximo de 9 ampolletas cada 30 días
Breo Ellipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Brilinta (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Briviact (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Briviact (10mg/ml solución oral)	Máximo de 20 ml por día
Briviact (50mg/5ml solución inyectable)	Máximo de 20 ml por día
Brovana (solución para nebulizador)	Máximo de 2 ampolletas (4 ml) por día
Buprenorphine HCl (2mg tableta sublingual, 8mg tableta sublingual)	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl (tableta sublingual)	Máximo de 3 tabletas por día
Butalbital/Acetaminophen/Caffeine (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Butalbital/Aspirin/Caffeine (cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Butorphanol Tartrate (10mg/ml solución nasal)	Máximo de 2 frascos (5 ml) cada 30 días
Bydureon Bcise (autoinyector)	Máximo de 4 plumas (3.4 ml) cada 28 días
Bydureon Pen (inyección)	Máximo de 4 plumas cada 28 días
Bydureon Vial (inyección)	Máximo de 4 ampolletas cada 28 días
Byetta (10mcg/0.04ml solución pluma precargada)	Máximo de 1 pluma (2.4 ml) cada 30 días
Byetta (5mcg/0.02ml solución pluma precargada)	Máximo de 1 pluma (1.2 ml) cada 30 días
Bystolic (10mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Bystolic (20mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Cabometyx (20mg tableta, 60mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Cabometyx (40mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Calcitonin-Salmon (solución nasal)	Máximo de 1 frasco cada 28 días
Calquence (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Candesartan Cilexetil (16mg tableta, 32mg tableta, 4mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Candesartan Cilexetil (8mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Captopril (100mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Captopril (12.5mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Captopril (50mg tableta)	Máximo de 9 tabletas por día
Captopril/Hydrochlorothiazide (25mg-15mg tableta, 50mg-15mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Captopril/Hydrochlorothiazide (25mg-25mg tableta, 50mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Celecoxib (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Cimduo (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Clonazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam (2mg tableta)	Máximo de 10 tabletas por día
Clonazepam ODT (0.125mg tableta dispersable, 0.25mg tableta dispersable, 0.5mg tableta dispersable, 1mg tableta dispersable)	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam ODT (2mg tableta dispersable)	Máximo de 10 tabletas por día
Clopidogrel (75mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (15mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (3.75mg tableta)	Máximo de 24 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (7.5mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable)	Máximo de 9 tabletas por día
Clozapine ODT (12.5mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
Clozapine ODT (150mg tableta dispersable)	Máximo de 6 tabletas por día
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	Máximo de 4 tabletas por día
Clozapine ODT (25mg tableta dispersable)	Máximo de 3 tabletas por día
Codeine Sulfate (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Colchicine (0.6mg cápsula) (Mitigare genérico)	Máximo de 4 cápsulas por día
Colchicine (0.6mg tableta) (Colcrys genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
Colcrys (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Combivir (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Complera (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Corlanor (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Cotellic (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Crixivan (cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Cycloset (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Daklinza (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Daliresp (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Denavir (crema)	Máximo de 1 tubo (5 gramos) cada 30 días
Descovy (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Desvenlafaxine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
Desvenlafaxine ER (25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	Máximo de 1 tableta por día
Dexilant (cápsula de liberación retardada)	Máximo de 1 cápsula por día
Dexmethylphenidate HCl (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 6 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 cápsulas por día
Diazepam (10mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado)	Máximo de 8 ml por día
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Donepezil HCl (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl (23mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Donepezil HCl ODT (10mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl ODT (5mg tableta dispersable)	Máximo de 1 tableta por día
Doxercalciferol (0.5mcg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Doxercalciferol (1mcg cápsula, 2.5mcg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Dulera (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (13 gramos) cada 30 días
Duloxetine HCl (20mg cápsula de partículas de liberación retardada, 30mg cápsula de partículas de liberación retardada, 60mg cápsula de partículas de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Edarbi (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Edarbyclor (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Edurant (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Efavirenz (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Efavirenz (50mg cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Efavirenz (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Eliquis (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Eliquis Starter Pack (tableta)	Máximo de 1 paquete (74 tabletas) cada 30 días
Embeda (100mg-4mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 3 cápsulas por día
Embeda (20mg-0.8mg cápsula de liberación prolongada, 80mg-3.2mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 4 cápsulas por día
Embeda (30mg-1.2mg cápsula de liberación prolongada, 50mg-2mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Embeda (60mg-2.4mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 6 cápsulas por día
Emsam (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Emtriva (10mg/ml solución oral)	Máximo de 42.5 ml por día
Emtriva (200mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Enalapril Maleate (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide (10mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide (5mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Endocet (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Enoxaparin Sodium (100mg/ml solución subcutánea, 150mg/ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (2 ml) por día
Enoxaparin Sodium (120mg/0.8ml solución subcutánea, 80mg/0.8ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (1.6 ml) por día
Enoxaparin Sodium (300mg/3ml solución)	Máximo de 1 ampolleta (3 ml) por día
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (0.6 ml) por día
Enoxaparin Sodium (40mg/0.4ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (0.8 ml) por día
Enoxaparin Sodium (60mg/0.6ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (1.2 ml) por día
Entresto (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Epclusa (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Epinephrine (inyección) (EpiPen genérico)	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
EpiPen (inyección)	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
Eprosartan Mesylate (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Epzicom (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Erivedge (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Erleada (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Esbriet (267mg cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Esbriet (267mg tableta)	Máximo de 9 tabletas por día
Esbriet (801mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Esomeprazole Magnesium (20mg cápsula de partículas de liberación retardada) (Nexium genérico)	Máximo de 3 cápsulas por día
Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula de partículas de liberación retardada) (Nexium genérico)	Máximo de 2 cápsulas por día
Estradiol (0.025mg/24hr parche semanal, 0.05mg/24hr parche semanal, 0.06mg/24hr parche semanal, 0.075mg/24hr parche semanal, 0.1mg/24hr parche semanal, 37.5mcg/24hr parche semanal)	Máximo de 4 parches cada 28 días
Estradiol (10mcg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Evotaz (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Ezetimibe (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ezetimibe/Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Famciclovir (125mg tableta, 250mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Famciclovir (500mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Fanapt (10mg tableta, 12mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Fazaclo (100mg tableta dispersable)	Máximo de 9 tabletas por día
Fazaclo (150mg tableta dispersable)	Máximo de 6 tabletas por día
Fazaclo (200mg tableta dispersable)	Máximo de 4 tabletas por día
Fentanyl (100mcg/hr parche 72 horas, 12mcg/hr parche 72 horas, 25mcg/hr parche 72 horas, 50mcg/hr parche 72 horas, 75mcg/hr parche 72 horas)	Máximo de 15 parches cada 30 días

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (1200mcg pastilla para chupar con aplicador, 1600mcg pastilla para chupar con aplicador, 200mcg pastilla para chupar con aplicador, 400mcg pastilla para chupar con aplicador, 600mcg pastilla para chupar con aplicador, 800mcg pastilla para chupar con aplicador)	Máximo de 4 pastillas para chupar por día
Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Firazyr (inyección)	Máximo de 9 ml por día
Flector (parche)	Máximo de 2 parches por día
Flovent Diskus (polvo en aerosol)	Máximo de 2 inhaladores (120 blísteres) cada 30 días
Flovent HFA (110mcg/act aerosol)	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (220mcg/act aerosol)	Máximo de 2 inhaladores (24 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (44mcg/act aerosol)	Máximo de 1 inhalador (10.6 gramos) cada 30 días
Fluticasone Propionate/Salmeterol (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Fluvastatin (20mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 1 cápsula por día
Fluvastatin (40mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 2 cápsulas por día
Forteo (inyección)	Máximo de 1 pluma (2.4 ml) cada 28 días
Fosamprenavir Calcium (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Fosinopril Sodium (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Fosinopril Sodium/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Fuzeon (inyección)	Máximo de 3 ampolletas por día
Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Galantamine HBr (4mg/ml solución oral)	Máximo de 2 frascos (200 ml) cada 30 días
Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Genvoya (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Gilenya (cápsula)	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
Glimepiride (1mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Glimepiride (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Glimepiride (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide (10mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (10mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (2.5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-250mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-500mg tableta, 5mg-500mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Glyxambi (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Granisetron HCl (1mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Harvoni (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Hetlioz (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (2.5mg-325mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (7.5mg-325mg/15ml solución oral)	Máximo de 180 ml por día
Hydrocodone/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone/Ibuprofen (7.5mg-200mg tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido)	Máximo de 90 ml por día
Hydromorphone HCl (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Hydromorphone HCl (8mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 11 tabletas por día
Hydromorphone HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	Máximo de 2 tabletas por día
Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	Máximo de 1 tableta por día
Ibandronate Sodium (150mg tableta)	Máximo de 1 tableta cada 28 días
Ibrance (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Iclusig (15mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Iclusig (45mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Idhifa (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ilaris (inyección)	Máximo de 2 ampolletas cada 28 días
Imatinib Mesylate (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Imbruvica (140mg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Imbruvica (140mg tableta, 280mg tableta, 420mg tableta, 560mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Imbruvica (70mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Incruse Ellipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Ingrezza (40mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Ingrezza (80mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Inlyta (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Intelence (100mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Intelence (200mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Intelence (25mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Invirase (200mg cápsula)	Máximo de 15 cápsulas por día
Invirase (500mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Invokamet (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Invokamet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Invokana (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (150mg tableta, 300mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (75mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Irbesartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Iressa (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Isentress (100mg paquete)	Máximo de 4 paquetes por día
Isentress (100mg tableta masticable, 25mg tableta masticable)	Máximo de 9 tabletas por día
Isentress (400mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Isentress HD (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Itraconazole (cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Jakafi (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Januvia (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Jardiance (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Jentaduetto (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Jentaduetto XR (2.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Jentaduetto XR (5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Juluca (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Kaletra (100mg-25mg tableta)	Máximo de 10 tabletas por día
Kaletra (200mg-50mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Kaletra (400mg-100mg/5ml solución oral)	Máximo de 16 ml por día
Kalydeco (150mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Kalydeco (50mg paquete, 75mg paquete)	Máximo de 2 paquetes por día
Kisqali (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Kisqali Femara 200 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara 400 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara 600 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
Kombiglyze XR (2.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Kombiglyze XR (5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 5mg-500mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Korlym (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	Máximo de 48 ml por día
Lamivudine (150mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Lamivudine (300mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lamivudine/Zidovudine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Lansoprazole (15mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Latuda (120mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta, 60mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Latuda (80mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Letairis (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Levorphanol Tartrate (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Lexiva (50mg/ml suspensión)	Máximo de 90 ml por día
Lexiva (700mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Lialda (tableta de liberación retardada)	Máximo de 4 tabletas por día
Lidocaine (5% parche)	Máximo de 3 parches por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Linezolid (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Linzess (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Lisinopril (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (10mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (20mg-12.5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (20mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Livalo (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lonsurf (6.14mg-15mg tableta)	Máximo de 10 tabletas por día
Lonsurf (8.19mg-20mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir/Ritonavir (solución oral)	Máximo de 16 ml por día
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam (2mg tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	Máximo de 5 ml por día
Lorcet (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Lorcet HD (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Lorcet Plus (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Losartan Potassium (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium (25mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide (100mg-12.5mg tableta, 100mg-25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide (50mg-12.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lovastatin (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lovastatin (40mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lynparza (100mg tableta, 150mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lynparza (50mg cápsula)	Máximo de 16 cápsulas por día
Lyrica (100mg cápsula, 150mg cápsula, 200mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Lyrica (20mg/ml solución oral)	Máximo de 30 ml por día
Lyrica (225mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Mavyret (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Memantine HCl (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	Máximo de 10 ml por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Memantine HCl (5mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Memantine HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Mesalamine DR (1.2GM tableta de liberación retardada)	Máximo de 4 tabletas por día
Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	Máximo de 3 tabletas por día
Metformin HCl (1000mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2.5 tabletas por día
Metformin HCl (850mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Metformin HCl (500mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 5 tabletas por día
Metformin HCl ER (500mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
Metformin HCl ER (750mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	Máximo de 2 tabletas por día
Methadone HCl (10mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Methadone HCl (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 60 ml por día
Methadone HCl (5mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Methadone HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 120 ml por día
Methylphenidate HCl (10mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 30 ml por día
Methylphenidate HCl (20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 60 ml por día
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada)	Máximo de 4 tabletas por día
Methylphenidate HCl ER (20mg tableta de liberación prolongada)	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (100mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (25mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Miglitol (50mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Modafinil (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Modafinil (200mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Moexipril/Hydrochlorothiazide (15mg-12.5mg tableta, 15mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril/Hydrochlorothiazide (7.5mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (10mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (4mg paquete)	Máximo de 1 paquete por día
Montelukast Sodium (4mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	Máximo de 1 tableta por día
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral)	Máximo de 18 ml por día
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 120 ml por día
Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	Máximo de 90 ml por día
Morphine Sulfate (30mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (100mg tableta de liberación prolongada, 15mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (200mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 2 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (30mg tableta de liberación prolongada, 60mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
Multaq (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Namenda XR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Namenda XR Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Namzaric (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Naratriptan HCl (tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Nateglinide (120mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Nateglinide (60mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Nebupent (solución para inhalar)	Máximo de 300 mg (1 ampolleta) en 28 días
Nerlynx (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Nevirapine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 tabletas por día
Nevirapine ER (400mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Nexium (20mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 3 cápsulas por día
Nexium (40mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Ninlaro (cápsula)	Máximo de 3 cápsulas cada 28 días
Northera (100mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Northera (200mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Norvir (100mg cápsula)	Máximo de 18 cápsulas por día
Norvir (100mg paquete)	Máximo de 18 paquetes por día
Norvir (100mg tableta)	Máximo de 18 tabletas por día
Norvir (80mg/ml solución oral)	Máximo de 24 ml por día
Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)	Máximo de 8 tabletas por día
Noxafil (40mg/ml suspensión)	Máximo de 20 ml por día
Nucala (inyección)	Máximo de 3 ampolletas cada 28 días
Nucynta ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Nuplazid (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Ocaliva (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Odefsey (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Odomzo (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Ofev (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Olanzapine (10mg tableta, 15mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 7.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olanzapine ODT (tableta dispersable)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (20mg tableta, 40mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Olmesartan Medoxomil/Amlodipine/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula) (Lovaza genérico)	Máximo de 4 cápsulas por día
Omeprazole (10mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 3 cápsulas por día
Omeprazole (40mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Onglyza (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Orkambi (tableta)	Máximo de 112 tabletas cada 28 días
Oseltamivir Phosphate (30mg cápsula, 45mg cápsula, 75mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Oseltamivir Phosphate (6mg/ml suspensión)	Máximo de 26 ml por día
Osphena (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Oxandrolone (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Oxandrolone (2.5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (10mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 15mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado)	Máximo de 12 ml por día
Oxycodone HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (15mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 16 tabletas por día
Oxycodone HCl (30mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 240 ml por día
Oxycodone/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone/Aspirin (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone/Ibuprofen (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Paliperidone ER (1.5mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 3mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 9mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Paliperidone ER (6mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (20mg tableta de liberación retardada)	Máximo de 3 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (40mg tableta de liberación retardada)	Máximo de 2 tabletas por día
Pentasa (250mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 12 cápsulas por día
Pentasa (500mg cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 8 cápsulas por día
Perforomist (solución para nebulizador)	Máximo de 2 ampolletas (4 ml) por día
Perindopril ERbumine (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Pioglitazone HCl (15mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Pioglitazone HCl (30mg tableta, 45mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl/Glimepiride (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl/Metformin HCl (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Pomalyst (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Pradaxa (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Praluent (inyección)	Máximo de 2 plumas (2 ml) cada 28 días
Prasugrel (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pravastatin Sodium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Premarin (0.3mg tableta, 0.45mg tableta, 0.625mg tableta, 0.9mg tableta, 1.25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Premphase (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Prempro (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Prezcobix (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Prezista (100mg/ml suspensión)	Máximo de 60 ml por día
Prezista (150mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Prezista (600mg tableta, 800mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Prezista (75mg tableta)	Máximo de 7 tabletas por día
Pristiq (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 tabletas por día
Pristiq (25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Promacta (12.5mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Promacta (50mg tableta, 75mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Pulmozyme (solución para inhalar)	Máximo de 5 ml (2 ampollas) por día
Quetiapine Fumarate (100mg tableta de liberación inmediata, 200mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (25mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (300mg tableta de liberación inmediata, 400mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Quetiapine Fumarate ER (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Quetiapine Fumarate ER (300mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril/Hydrochlorothiazide (10mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Quinapril/Hydrochlorothiazide (20mg-12.5mg tableta, 20mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Raloxifene HCl (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ramipril (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Ranexa (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Rapaflo (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Ravicti (líquido)	Máximo de 17.5 ml por día
Rayaldee (cápsula de liberación prolongada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)	Máximo de 3 inhaladores (60 blísteres) cada 30 días
Repaglinide (0.5mg tableta)	Máximo de 32 tabletas por día
Repaglinide (1mg tableta)	Máximo de 16 tabletas por día
Repaglinide (2mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
Repatha (inyección)	Máximo de 3 jeringas (3 ml) por 28 días
Repatha Pushtronex System (inyección)	Máximo de 1 cartucho (3.5 ml) cada 28 días
Repatha SureClick (inyección)	Máximo de 3 plumas (3 ml) cada 28 días
Rescriptor (tableta)	Máximo de 9 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Restasis (emulsión)	Máximo de 2 ampolletas por día
Revatio (20mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Revlimid (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Rexulti (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Reyataz (150mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Reyataz (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Reyataz (50mg paquete)	Máximo de 8 paquetes por día
Riomet (solución oral)	Máximo de 25.5 ml por día
Risedronate Sodium (150mg tableta)	Máximo de 1 tableta cada 30 días
Risedronate Sodium (30mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (35mg tableta)	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Ritonavir (tableta)	Máximo de 18 tabletas por día
Rivastigmine Tartrate (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Rivastigmine Transdermal System (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Rizatriptan Benzoate (tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta dispersable)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rosuvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Rozerem (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Rubraca (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Rydapt (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Sabril (500mg paquete)	Máximo de 6 paquetes por día
Sabril (500mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Samsca (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Saphris (tableta sublingual)	Máximo de 2 tabletas por día
Selzentry (150mg tableta, 75mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Selzentry (20mg/ml solución oral)	Máximo de 92 ml por día
Selzentry (25mg tableta, 300mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Sensipar (30mg tableta, 60mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Sensipar (90mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Serevent Diskus (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 inhalaciones) cada 30 días
Seroquel XR (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Seroquel XR (300mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Soliqua 100/33 (inyección)	Máximo de 18 ml (6 plumas) cada 30 días
Somavert (inyección)	Máximo de 1 ampolleta por día
Sovaldi (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Spiriva Handihaler (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Spiriva Respimat (solución en aerosol) (paquete minorista)	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Sprycel (100mg tableta, 140mg tableta, 70mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Sprycel (20mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Sprycel (80mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Stavudine (15mg cápsula, 30mg cápsula, 40mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Stavudine (20mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Stiolto Respimat (solución en aerosol) (paquete minorista)	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Stivarga (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Stribild (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Suboxone (12mg-3mg película, 4mg-1mg película)	Máximo de 2 películas por día
Suboxone (2mg-0.5mg película, 8mg-2mg película)	Máximo de 3 películas por día
Sumatriptan (solución nasal)	Máximo de 12 dispositivos cada 30 días
Sumatriptan Succinate (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml solución autoinyectable, 6mg/0.5ml solución autoinyectable)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución autoinyectable)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución subcutánea)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate Refill (inyección)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
Sustiva (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Sustiva (50mg cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Sustiva (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Sutent (12.5mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Sutent (37.5mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Symbicort (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (10.2 gramos) cada 30 días
Symfi (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Symfi Lo (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Synjardy (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Synjardy XR (10mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 25mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Synjardy XR (12.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Syprine (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Tagrisso (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tamiflu (suspensión)	Máximo de 26 ml por día
Tarceva (100mg tableta, 150mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tarceva (25mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Tasigna (150mg cápsula)	Máximo de 5 cápsulas por día
Tasigna (200mg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Tasigna (50mg cápsula)	Máximo de 14 cápsulas por día
Tecfidera (cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Telmisartan (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Amlodipine (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Hydrochlorothiazide (40mg-12.5mg tableta, 80mg-25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Hydrochlorothiazide (80mg-12.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Temazepam (15mg cápsula, 30mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tetrabenazine (12.5mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Tetrabenazine (25mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Thalomid (100mg cápsula, 50mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Thalomid (150mg cápsula, 200mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Tivicay (10mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay (50mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
TOBI (solución para nebulizador)	Máximo de 10 ml (2 ampollas) por día
TOBI Podhaler (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (solución para nebulizador)	Máximo de 10 ml (2 ampollas) por día
Tolcapone (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tracleer (32mg tableta soluble)	Máximo de 4 tabletas por día
Tradjenta (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta, 2mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Trezix (cápsula)	Máximo de 10 cápsulas por día
Trientine HCl (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Trintellix (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Triumeq (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Trizivir (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Trulicity (inyección)	Máximo de 4 plumas (2 ml) cada 28 días
Truvada (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tybost (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tymlos (inyección)	Máximo de 1.56 ml cada 30 días
Valacyclovir HCl (1gm tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valacyclovir HCl (500mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Valcyte (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valganciclovir (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valganciclovir Hydrochlorde (solución oral)	Máximo de 36 ml por día
Valsartan (160mg tableta, 40mg tableta, 80mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Valsartan (320mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Valsartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Veltassa (paquete)	Máximo de 1 paquete por día
Vemlidy (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Venclexta (100mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Venclexta (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Venclexta (50mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ventavis (10mcg/ml solución para inhalar)	Máximo de 7 ml por día
Ventavis (20mcg/ml solución para inhalar)	Máximo de 3 ml por día
Verzenio (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Vesicare (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Victoza (inyección)	Máximo de 3 plumas (9 ml) cada 30 días
Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Videx Pediatric (solución oral)	Máximo de 30 ml por día
Vigabatrin (paquete)	Máximo de 6 paquetes por día
Viibryd (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Viibryd Starter Pack (paquete)	Máximo de 1 paquete (30 tabletas) cada 30 días
Vimpat (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Vimpat (10mg/ml solución oral)	Máximo de 40 ml por día
Viracept (250mg tableta)	Máximo de 15 tabletas por día
Viracept (625mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Viramune (suspensión)	Máximo de 60 ml por día
Viread (150mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Viread (200mg tableta, 250mg tableta, 300mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Viread (40mg/gm polvo)	Máximo de 6 frascos (360 gramos) cada 30 días
Vosevi (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Votrient (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Xarelto (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Xarelto (15mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (51 tabletas) cada 30 días
Xeljanz (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Xeljanz (5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Xenazine (12.5mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Xenazine (25mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día

Letra remarcada = medicamento de marca

Letra normal = medicamento genérico

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
Xiidra (solución oftálmica)	Máximo de 2 ampolletas por día
Xtampza ER (13.5mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 18mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 9mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	Máximo de 3 cápsulas por día
Xtampza ER (27mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 36mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	Máximo de 6 cápsulas por día
Xtandi (cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Xyrem (solución oral)	Máximo de 18 ml por día
Yuvafer (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Zafirlukast (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Zaleplon (10mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (5mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Zejula (cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Zelboraf (tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Zerit (solución oral)	Máximo de 120 ml por día
Ziagen (solución oral)	Máximo de 48 ml por día
Zidovudine (100mg cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Zidovudine (300mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Zidovudine (50mg/5ml jarabe)	Máximo de 96 ml por día
Ziprasidone HCl (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zolpidem Tartrate (10mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 1 tableta por día
Zydelig (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Zykadia (cápsula)	Máximo de 5 cápsulas por día
Zytiga (250mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Zytiga (500mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Información necesaria

Es posible que los beneficios, la **Lista de Medicamentos (Formulario)**, la red de farmacias, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año, y de vez en cuando durante el año del plan. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call Customer Service. Our contact information is on the cover.

Este documento está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

This document is available for free in other languages. Please call Customer Service. Our contact information is on the cover.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.



Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al:

Llamada gratuita: **1-877-614-0623**, TTY **711**

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

www.UHCCommunityPlan.com