

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (FORMULARIO) 2019



Información sobre la lista de medicamentos con receta

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO 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: **1-866-480-1086**, 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.....	12
Medicamentos cubiertos listados por nombre (Índice de medicamentos)	13
Medicamentos cubiertos listados por condición médica.....	31
Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL).....	99

¿Preguntas?

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



Llamada gratuita: **1-866-480-1086**, 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 se use para una indicación médicamente aceptada,
- La receta se surta en una farmacia de la red y
- 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 junio de 2019.

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 Choice.

¿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 13–30. 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 médica” en las páginas 31–98. 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 Alimentos y Medicamentos (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. Generalmente, 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 la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy Rider, LIS Rider) a la Evidencia de Cobertura”. Léala 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 condición médica” que comienza en la página 31. 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 médica 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 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 médica 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.

Otras Reglas de Cobertura Especiales

B/D = Parte B o Parte D de Medicare

Según su uso, el medicamento puede estar cubierto por la Parte B de Medicare (cuidado médico y cuidado de la salud para pacientes ambulatorios) o la Parte D de Medicare (medicamentos con receta). Es posible que su médico deba proporcionar al plan más información sobre cómo se usará este medicamento para que el plan se asegure de que el medicamento esté cubierto correctamente por Medicare.

LA = Acceso limitado

Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) establece que el medicamento solamente puede ser suministrado en ciertos centros o por ciertos médicos, el medicamento se considera de “acceso limitado”. Este tipo de medicamentos puede requerir manejo adicional, una mayor coordinación de proveedores o información educativa al paciente, lo cual no se puede realizar en una farmacia de la red.

MME = Equivalente a miligramos 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. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (Morphine Milligram Equivalent, MME) 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.

7D = Límite de 7 días

Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin antecedentes recientes de uso de opiáceos. Este límite pretende reducir al mínimo el uso de opiáceos a largo plazo. Para los miembros que son nuevos en el plan y tienen antecedentes recientes de uso de opiáceos, el límite podría anularse si la farmacia se comunica con el plan.

DL = Límite de suministro

Se aplican límites de suministro para este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de 1 mes por receta.

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 visite www.UHCCommunityPlan.com para buscarlo por Internet. La información se actualiza con frecuencia.

Si se entera de que su medicamento no está cubierto, puede hacer 1 de estas 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...	Es posible que cubramos...
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 31 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. Si su receta es por menos días, permitiremos resurtidos que proporcionan un suministro de al menos el número de días indicado en el cuadro de arriba. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar el desperdicio).

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 agregamos nuevos medicamentos genéricos

Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos, si decidimos reemplazarlo por un medicamento genérico nuevo que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregaremos nuevas restricciones. Si usted está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le comuniquemos el cambio por adelantado, sino que más adelante le proporcionemos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos dicho cambio, usted o su profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre lo que puede hacer para solicitar una excepción; usted además puede buscar información en la sección “¿Cómo puedo conseguir una excepción?” en la página 8.

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 Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es eficaz o no es seguro, lo quitaremos 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 99-124.

Si hay algún cambio, le avisaremos

Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de Medicamentos durante el año del plan, incluiremos información actualizada en la Explicación de Beneficios de la Parte D (Part D Explanation of Benefits, Part D EOB). Si se produce algún cambio en nuestra Lista de Medicamentos, le avisaremos al menos 30 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 al menos 30 días del medicamento para que tenga tiempo de hablar con su médico. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan, llame a Servicio al Cliente o visite **www.UHCCommunityPlan.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 **1-866-480-1086**, 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.....	58	Afinitor Disperz.....	51	Aminosyn 8.5%/Electrolytes	74
Abacavir Sulfate/Lamivudine	58	Aimovig.....	49	.....	74
.....	58	Ala-Cort.....	81	Aminosyn II.....	74
Abacavir Sulfate/Lamivudine/ Zidovudine.....	58	Albendazole.....	52	Aminosyn II 8.5%/Electrolytes	74
Abelcet.....	47	Albenza.....	52	.....	74
Abilify Maintena.....	54	Albuterol Sulfate.....	96	Aminosyn-HBC.....	74
Abiraterone Acetate.....	50	Alclometasone Dipropionate	81	Aminosyn-PF.....	75
Abstral.....	33	.....	81	Aminosyn-RF.....	75
Acamprosate Calcium DR.....	35	Alcohol Prep Pads.....	92	Amiodarone HCl.....	65
Acarbose.....	60	Alecensa.....	51	Amitiza.....	78
Acebutolol HCl.....	65	Alendronate Sodium.....	91	Amitriptyline HCl.....	46
Acetaminophen/Codeine.....	33	Alfuzosin HCl ER.....	80	Amlodipine Besylate.....	65
Acetazolamide.....	68	Alinia.....	52	Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium.....	66
Acetazolamide ER.....	68	Allopurinol.....	48	Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl.....	67
Acetic Acid.....	94	Alocril.....	93	Amlodipine Besylate/Valsartan	67
Acetylcysteine.....	97	Alomide.....	93	.....	67
Acitretin.....	73	Alosetron HCl.....	78	Amlodipine/Olmesartan	67
Actemra.....	89	Alphagan P.....	93	Medoxomil.....	67
Actemra Actpen.....	89	Alprazolam.....	59	Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide.....	67
ActHIB.....	90	Altavera.....	84	Ammonium Lactate.....	73
Actimmune.....	89	Alunbrig.....	51	Amoxapine.....	46
Acyclovir.....	57	Alyacen 1/35.....	84	Amoxicillin.....	38
Acyclovir Sodium.....	57	Alyq.....	97	Amoxicillin/Clavulanate	39
Adacel.....	90	Amantadine HCl.....	53	Potassium.....	39
Adapalene.....	73	AmBisome.....	47	Amoxicillin/Clavulanate	39
Adcirca.....	97	Amethia.....	84	Potassium ER.....	39
Adefovir Dipivoxil.....	56	Amethia Lo.....	84	Amphetamine/ Dextroamphetamine.....	71
Adempas.....	97	Amikacin Sulfate.....	35	Amphotericin B.....	47
Advair Diskus.....	97	Amiloride HCl.....	69	Ampicillin.....	39
Advair HFA.....	97	Amiloride/Hydrochlorothiazide	66	Ampicillin Sodium.....	39
Afinitor.....	51	.....	66	Ampicillin-Sulbactam.....	39
		Aminosyn 7%/Electrolytes....	74		

Ampyra.....	72	Aubagio.....	72	Bepreve.....	93	
Anadrol-50.....	83	Aubra.....	84	Berinert.....	88	
Anagrelide HCl.....	62	Augmented Betamethasone Dipropionate.....	81	Besivance.....	40	
Anastrozole.....	51	Auryxia.....	77	Betamethasone Dipropionate	81	
Androderm.....	83	Austedo.....	72	Betamethasone Valerate.....	81	
Anoro Ellipta.....	97	Avandia.....	60	Betaseron.....	72	
Apokyn.....	53	Aviane.....	84	Betaxolol HCl.....	65, 93	
Apraclonidine.....	93	Avonex.....	72	Bethanechol Chloride.....	80	
Aprepitant.....	47	Avonex Pen.....	72	Bethkis.....	96	
Apri.....	84	Azasite.....	39	Betimol.....	93	
Apriso.....	91	Azathioprine.....	88	Bevespi Aerosphere.....	97	
Aptiom.....	43	Azelaic Acid.....	73	Bexarotene.....	52	
Aptivus.....	58	Azelastine HCl.....	93, 95	Bexsero.....	90	
Aralast NP.....	79	Azithromycin.....	40	Bicalutamide.....	50	
Aranelle.....	84	Azopt.....	93	Bicillin C-R.....	39	
Aranesp Albumin Free.....	63	Aztreonam.....	38	Bicillin L-A.....	39	
Arcalyst.....	90	B			BiDil.....	67
Aripiprazole.....	54	Bacitracin.....	36	Biktarvy.....	58	
Aripiprazole ODT.....	54	Bacitracin/Polymyxin B.....	92	Biltricide.....	52	
Aristada.....	54	Baclofen.....	98	Binosto.....	91	
Aristada Initio.....	55	Bactocill in Dextrose.....	39	Bisoprolol Fumarate.....	65	
Arnuity Ellipta.....	95	Bactroban Nasal.....	36	Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide.....	67	
Ashlyna.....	84	Balsalazide Disodium.....	91	BIVIGAM.....	89	
Aspirin/Dipyridamole.....	64	Balziva.....	84	Blephamide.....	92	
Atazanavir Sulfate.....	58	Banzel.....	43	Blephamide S.O.P.....	92	
Atenolol.....	65	Baraclude.....	56	Blisovi 24 Fe.....	84	
Atenolol/Chlorthalidone.....	67	BCG Vaccine.....	90	Blisovi Fe 1.5/30.....	84	
Atomoxetine.....	71	Belsomra.....	98	Blisovi Fe 1/20.....	84	
Atorvastatin Calcium.....	69	Benazepril HCl.....	64	Boostrix.....	90	
Atovaquone.....	52	Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide.....	67	Bosulif.....	51	
Atovaquone/Proguanil HCl.....	52	Benlysta.....	90	Braftovi.....	51	
Atripia.....	57	Benznidazole.....	52	Breo Ellipta.....	98	
Atropine Sulfate.....	92	Benzotropine Mesylate.....	53	Briellyn.....	84	
Atrovent HFA.....	96					

Brilinta.....	64	Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide.....	67	Ceftriaxone Sodium.....	38
Brimonidine Tartrate.....	93	Caprelsa.....	51	Cefuroxime Axetil.....	38
Briviact.....	42	Captopril.....	64	Cefuroxime Sodium.....	38
Bromocriptine Mesylate.....	53	Captopril/Hydrochlorothiazide	67	Celecoxib.....	31
Budesonide.....	91, 95	Carac.....	73	Celontin.....	42
Budesonide ER.....	91	Carafate.....	79	Cephalexin.....	38
Bumetanide.....	68	Carbaglu.....	75	Cesamet.....	47
Buprenorphine.....	32	Carbamazepine.....	43	Cetirizine HCl.....	95
Buprenorphine HCl.....	35	Carbamazepine ER.....	43	Chantix.....	35
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl.....	35	Carbidopa.....	53	Chantix Continuing Month Pak	35
Bupropion HCl.....	44	Carbidopa/Levodopa.....	53	Chantix Starting Month Pak...35	
Bupropion HCl SR.....	35, 44	Carbidopa/Levodopa ER.....	53	Chemet.....	77
Bupropion HCl XL.....	45	Carbidopa/Levodopa ODT....	53	Chenodal.....	78
Buspirone HCl.....	59	Carbidopa/Levodopa/ Entacapone.....	53	Chlordiazepoxide HCl.....	59
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine.....	31	Carteolol HCl.....	93	Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse.....	73
Butalbital/Aspirin/Caffeine....	31	Cartia XT.....	65	Chloroquine Phosphate.....	52
Butorphanol Tartrate.....	33	Carvedilol.....	65	Chlorothiazide.....	69
Bydureon Bcise.....	60	Casposfungin Acetate.....	47	Chlorpromazine HCl.....	54
Bydureon Pen.....	60	Cayston.....	96	Chlorthalidone.....	69
Byetta.....	60	Caziant.....	84	Chlorzoxazone.....	98
Bystolic.....	65	Cefaclor.....	37	Cholbam.....	79
C				Cholestyramine.....	69
Cabergoline.....	87	Cefadroxil.....	37	Cholestyramine Light.....	69
Cabometyx.....	51	Cefazolin Sodium.....	37	Ciclopirox.....	47
Calcipotriene.....	73	Cefdinir.....	37	Ciclopirox Nail Lacquer.....	47
Calcitonin-Salmon.....	91	Cefepime.....	37	Ciclopirox Olamine.....	47
Calcitriol.....	73, 91	Cefixime.....	37	Cilostazol.....	64
Calcium Acetate.....	77	Cefotaxime Sodium.....	37	Ciloxan.....	40
Calquence.....	51	Cefotetan.....	37	Cimduo.....	58
Camila.....	86	Cefoxitin Sodium.....	38	Cimetidine.....	78
Camrese Lo.....	84	Cefpodoxime Proxetil.....	38	Cimetidine HCl.....	78
Canasa.....	91	Cefprozil.....	38	Cimzia.....	88
Candesartan Cilexetil.....	64	Ceftazidime.....	38	Cinryze.....	88

Cipro HC.....	94	Coartem.....	53	Cyclophosphamide.....	50
Ciprodex.....	94	Codeine Sulfate.....	33	Cycloset.....	60
Ciprofloxacin.....	40	Colchicine.....	48, 49	Cyclosporine.....	88
Ciprofloxacin ER.....	40	Colcrys.....	49	Cyclosporine Modified.....	88
Ciprofloxacin HCl.....	40	Colesevelam HCl.....	69	Cyproheptadine HCl.....	95
Ciprofloxacin I.V. in D5W.....	40	Colestipol HCl.....	69	Cyred Eq.....	84
Citalopram HBr.....	45	Colistimethate Sodium.....	36	Cystadane.....	80
Claravis.....	73	Colocort.....	91	Cystagon.....	80
Clarithromycin.....	40	Coly-Mycin S.....	94	Cystaran.....	92
Clarithromycin ER.....	40	Combigan.....	93	D	
Clenpiq.....	78	Combivent Respimat.....	98	Daklinza.....	56
Climara Pro.....	84	Cometriq.....	51	Dalfampridine ER.....	72
Clindamycin HCl.....	36	Complera.....	57	Daliresp.....	97
Clindamycin Palmitate HCl....	36	Compro.....	46	Dalvance.....	36
Clindamycin Phosphate...36, 73		Constulose.....	78	Danazol.....	83
Clindamycin Phosphate in D5W	36	Copiktra.....	50	Dantrolene Sodium.....	98
Clindamycin/Benzoyl Peroxide	73	Cordran.....	81	Dapsone.....	49
Clobazam.....	42	Corlanor.....	67	Daptacel.....	90
Clobetasol Propionate.....	81	Cortisone Acetate.....	81	Daptomycin.....	36
Clobetasol Propionate Emollient.....	81	Cortisporin.....	73	DARAPRIM.....	53
Clomipramine HCl.....	46	Cosentyx.....	73	Daurismo.....	51
Clonazepam.....	59	Cosentyx Sensoready Pen....	73	Deblitane.....	87
Clonazepam ODT.....	59	Cosopt PF.....	93	Delstrigo.....	57
Clonidine HCl.....	64	Cotellic.....	51	Delyla.....	84
Clonidine HCl ER.....	71	Coumadin.....	62	Demeclocycline HCl.....	41
Clopidogrel.....	64	Creon.....	80	Demser.....	67
Clorazepate Dipotassium.....	59	Crinone.....	86	Denavir.....	57
Clotrimazole.....	47	Crixivan.....	58	Depen Titratabs.....	80
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate.....	73	Cromolyn Sodium.....	78, 93, 97	Depo-Estradiol.....	84
Clozapine.....	56	Cryselle-28.....	84	Depo-Provera.....	87
Clozapine ODT.....	56	Cuprimine.....	80	Descovy.....	58
		Cuvposa.....	78	Desipramine HCl.....	46
		Cyclafem.....	84	Desmopressin Acetate.....	83
		Cyclobenzaprine HCl.....	98		

Desogestrel/Ethinyl Estradiol	84	Diclofenac Sodium ER.....	31	Doxazosin Mesylate.....	64
Desonide.....	81	Dicloxacillin Sodium.....	39	Doxepin HCl.....	46, 74
Desoximetasone.....	81	Dicyclomine HCl.....	78	Doxercalciferol.....	91
Desvenlafaxine ER.....	45	Didanosine.....	58	Doxy 100.....	41
Dexamethasone.....	81	Dificid.....	40	Doxycycline.....	41
Dexamethasone Intensol.....	81	Diflunisal.....	31	Doxycycline Hyclate.....	41
Dexamethasone Sodium Phosphate.....	94	Digitek.....	67	Doxycycline Monohydrate....	41
Dexilant.....	79	Digox.....	67	Dronabinol.....	47
Dexmethylphenidate HCl.....	71	Digoxin.....	67	Drospirenone/Ethinyl Estradiol	84
Dexmethylphenidate HCl ER	71	Dihydroergotamine Mesylate	49	Droxia.....	50
Dextroamphetamine Sulfate	71	Dilantin.....	44	Duavee.....	84
Dextroamphetamine Sulfate ER	71	Dilantin INFATABS.....	44	Dulera.....	98
Dextrose 10%.....	75	Dilt-XR.....	66	Duloxetine HCl.....	72
Dextrose 10%/NaCl 0.2%.....	75	Diltiazem HCl.....	66	Duramorph.....	33
Dextrose 10%/NaCl 0.45%....	75	Diltiazem HCl ER.....	66	Durezol.....	94
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%... 75		Dipentum.....	91	Dutasteride.....	80
Dextrose 5%.....	75	Diphenoxylate/Atropine.....	78	Dymista.....	98
Dextrose 5%/NaCl 0.2%.....	75	Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric.....	90	Dyrenium.....	69
Dextrose 5%/NaCl 0.225%....	75	Disulfiram.....	35	E	
Dextrose 5%/NaCl 0.33%.....	75	Diuril.....	69	E.E.S. Granules.....	40
Dextrose 5%/NaCl 0.45%.....	75	Divalproex Sodium.....	60	Econazole Nitrate.....	47
Dextrose 5%/NaCl 0.9%.....	75	Divalproex Sodium DR.....	60	Edarbi.....	64
Diastat AcuDial.....	42	Divalproex Sodium ER.....	60	Edarbyclor.....	67
Diastat Pediatric.....	42	Dofetilide.....	65	Edurant.....	57
Diazepam.....	59	Donepezil HCl.....	44	Efavirenz.....	57
Diazepam Intensol.....	59	Donepezil HCl ODT.....	44	Egrifta.....	87
Diclofenac Epolamine.....	31	Doripenem.....	38	Elestrin.....	84
Diclofenac Potassium.....	31	Dorzolamide HCl.....	93	Elidel.....	74
Diclofenac Sodium.... 31, 74, 94		Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	93	Eliquis.....	62
Diclofenac Sodium DR.....	31	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate Preservative Free... 93		Eliquis Starter Pack.....	62
		Dovato.....	57	Elmiron.....	80
				Embeda.....	32
				Emcyt.....	50

Flucytosine.....	48	Fuzeon.....	58	Glatiramer Acetate.....	73	
Fludrocortisone Acetate.....	81	Fyavolv.....	85	Glatopa.....	73	
Flunisolide.....	95	Fycompa.....	43	Gleostine.....	50	
Fluocinolone Acetonide...81, 94		G			Glimepiride.....	60
Fluocinolone Acetonide Scalp	81	Gabapentin.....	42	Glipizide.....	60	
Fluocinonide.....	81	Galantamine HBr.....	44	Glipizide ER.....	60	
Fluocinonide Emulsified Base	81	Galantamine HBr ER.....	44	Glipizide/Metformin HCl.....	60	
Fluorometholone.....	94	Gammagard Liquid.....	89	GlucaGen HypoKit.....	61	
Fluorouracil.....	74	Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml.....	89	Glucagon Emergency Kit.....	61	
Fluoxetine DR.....	45	Gammaked.....	89	Glyxambi.....	60	
Fluoxetine HCl.....	45	Gammaflex.....	89	Granisetron HCl.....	47	
Fluphenazine Decanoate.....	54	Gamunex-C.....	89	Granix.....	63	
Fluphenazine HCl.....	54	Gardasil 9.....	90	Griseofulvin Microsize.....	48	
Flurbiprofen.....	31	Gatifloxacin.....	40	Griseofulvin Ultramicrosize....	48	
Flurbiprofen Sodium.....	94	Gattex.....	78	Guanfacine ER.....	72	
Flutamide.....	50	Gauze.....	92	Guanidine HCl.....	49	
Fluticasone Propionate...81, 95		GaviLyte-C.....	78	H		
Fluticasone Propionate/ Salmeterol.....	98	GaviLyte-G.....	78	Haegarda.....	88	
Fluticasone Propionate/ Salmeterol Diskus.....	98	GaviLyte-N/Flavor Pack.....	78	Hailey 24 Fe.....	85	
Fluvastatin.....	69	Gemfibrozil.....	69	Halobetasol Propionate.....	82	
Fluvoxamine Maleate.....	45	Generlac.....	78	Haloperidol.....	54	
FML.....	94	Gengraf.....	88	Haloperidol Decanoate.....	54	
FML Forte.....	94	Genotropin.....	83	Haloperidol Lactate.....	54	
Fondaparinux Sodium.....	62	Genotropin Miniquick.....	83	Harvoni.....	56	
Forteo.....	91	Gentak.....	35	Havrix.....	90	
Fosamprenavir Calcium.....	59	Gentamicin Sulfate.....	36	Heparin Sodium.....	62	
Fosinopril Sodium.....	64	Gentamicin Sulfate/0.9% Sodium Chloride.....	36	HepatAmine.....	75	
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide.....	67	Genvoya.....	57	Hetlioz.....	98	
FreAmine HBC 6.9%.....	75	Geodon.....	55	Hiberix.....	90	
Furosemide.....	68	Gianvi.....	85	Humalog Cartridge.....	61	
		Gilenya.....	72	Humalog Junior KwikPen.....	61	
		Gilotrif.....	51	Humalog KwikPen.....	61	
		Glassia.....	80	Humalog Mix 50/50 KwikPen	61	

Humalog Mix 50/50 Vial.....	61	Hydroxychloroquine Sulfate	Intralipid.....	75
Humalog Mix 75/25 KwikPen		.....	Intron A.....	56
.....	61	Hydroxyurea.....	Introvale.....	85
Humalog Mix 75/25 Vial.....	61	Hydroxyzine HCl.....	Invanz.....	38
Humalog Vial.....	61	Hydroxyzine Pamoate.....	Invega Sustenna.....	55
Humatrope.....	83	Hysingla ER.....	Invega Trinza.....	55
Humatrope Combo Pack.....	83		Invirase.....	59
Humira.....	88		Invokamet.....	60
Humira Pediatric Crohns		Ibandronate Sodium.....	Invokamet XR.....	60
Disease Starter Pack.....	88	Ibrance.....	Invokana.....	60
Humira Pen.....	88	Ibu.....	Ionosol-MB/Dextrose 5%.....	75
Humira Pen Crohns Disease		Ibuprofen.....	IPOL Inactivated IPV.....	90
Starter Pack.....	88	Iclusig.....	Ipratropium Bromide.....	96
Humira Pen-Psoriasis Starter		Idhifa.....	Ipratropium Bromide/Albuterol	
.....	88	Ilevro.....	Sulfate.....	98
Humulin 70/30 KwikPen.....	61	Imatinib Mesylate.....	Irbesartan.....	64
Humulin 70/30 Vial.....	61	Imbruvica.....	Irbesartan/Hydrochlorothiazide	
Humulin N KwikPen.....	61	Imipenem/Cilastatin.....	.....	67
Humulin N Vial.....	61	Imipramine HCl.....	Iressa.....	51
Humulin R U-500 KwikPen.....	61	Imipramine Pamoate.....	Isentress.....	57
Humulin R U-500 Vial.....	62	Imiquimod.....	Isentress HD.....	57
Humulin R Vial.....	62	Imiquimod Pump.....	Isibloom.....	85
Hydralazine HCl.....	70	Imovax Rabies.....	Isolyte-P/Dextrose 5%.....	75
Hydrochlorothiazide.....	69	Imvexxy Maintenance Pack...	Isolyte-S.....	75
Hydrocodone Bitartrate/		Imvexxy Starter Pack.....	Isoniazid.....	50
Acetaminophen.....	33	Incassia.....	Isosorbide Dinitrate.....	70
Hydrocodone/Acetaminophen		Increlex.....	Isosorbide Dinitrate ER.....	70
.....	34	Incruse Ellipta.....	Isosorbide Mononitrate.....	70
Hydrocodone/Ibuprofen.....	34	Indapamide.....	Isosorbide Mononitrate ER....	70
Hydrocortisone.....	82, 91	Indomethacin.....	Isotonic Gentamicin.....	36
Hydrocortisone Butyrate.....	82	Infanrix.....	Isotretinoin.....	74
Hydrocortisone Valerate.....	82	Ingrezza.....	Itraconazole.....	48
Hydrocortisone/Acetic Acid		Inlyta.....	Ivermectin.....	52
.....	95	Insulin Syringes, Needles.....	Ixiaro.....	90
Hydromorphone HCl.....	34	Intelence.....		
Hydromorphone HCl ER.....	32			

J	
Jadenu.....	77
Jadenu Sprinkle.....	77
Jakafi.....	51
Jantoven.....	62
Janumet.....	60
Janumet XR.....	60
Januvia.....	60
Jardiance.....	60
Jasmiel.....	85
Jentadueto.....	60
Jentadueto XR.....	60
Jinteli.....	85
Jolivette.....	87
Jublia.....	48
Juleber.....	85
Juluca.....	57
Junel 1.5/30.....	85
Junel 1/20.....	85
Junel Fe 1.5/30.....	85
Junel Fe 1/20.....	85
Junel Fe 24.....	85
Juxtapid.....	69
K	
Kaitlib Fe.....	85
Kaletra.....	59
Kalydeco.....	96
Kariva.....	85
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%	75
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%	75
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45%	75
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%	75
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%	75
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%....	75
Kelnor 1/35.....	85
Kelnor 1/50.....	85
Ketoconazole.....	48
Ketoprofen.....	32
Ketorolac Tromethamine.....	94
Kineret.....	88
Kinrix.....	90
Kionex.....	77
Kisqali.....	50
Kisqali Femara 200 Dose.....	50
Kisqali Femara 400 Dose.....	51
Kisqali Femara 600 Dose.....	51
Klor-Con.....	75
Klor-Con 10.....	75
Klor-Con 8.....	75
Klor-Con M10.....	75
Klor-Con M15.....	75
Klor-Con M20.....	75
Klor-Con Sprinkle.....	75
Kombiglyze XR.....	60
Korlym.....	83
Kurvelo.....	85
Kuvan.....	80
Kynamro.....	70
L	
Labetalol HCl.....	65
Lacrisert.....	92
Lactulose.....	79
Lamivudine.....	56, 58
Lamivudine/Zidovudine.....	58
Lamotrigine.....	43
Lanoxin.....	67
Lansoprazole.....	79
Lanthanum Carbonate.....	77
Lantus SoloStar.....	62
Lantus Vial.....	62
LARIN 1.5/30.....	85
LARIN 1/20.....	85
LARIN Fe 1.5/30.....	85
LARIN Fe 1/20.....	85
Larissia.....	85
Lastacaft.....	92
Latanoprost.....	94
Latuda.....	55
Layolis Fe.....	85
Ledipasvir/Sofosbuvir.....	56
Leena.....	85
Leflunomide.....	90
Lenvima.....	52
Lessina.....	85
Letairis.....	97
Letrozole.....	51
Leucovorin Calcium.....	51
Leukeran.....	50
Leukine.....	63
Leuprolide Acetate.....	87
Levalbuterol HCl.....	96
Levemir FlexTouch.....	62
Levemir Vial.....	62
Levetiracetam.....	42
Levetiracetam ER.....	42
Levobunolol HCl.....	93
Levocarnitine.....	76

Levocetirizine Dihydrochloride	95	Lorbrena.....	51	Megestrol Acetate.....	87
Levofloxacin.....	41	Lorcet.....	34	Mekinist.....	52
Levofloxacin in D5W.....	41	Lorcet HD.....	34	Mektovi.....	52
Levonest.....	85	Lorcet Plus.....	34	Melodetta 24 Fe.....	85
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol.....	85	Loryna.....	85	Meloxicam.....	32
Levora 0.15/30-28.....	85	Losartan Potassium.....	64	Memantine HCl.....	44
Levorphanol Tartrate.....	32	Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	67	Memantine HCl ER.....	44
Levothyroxine Sodium.....	87	Lotemax.....	94	Memantine HCl Titration Pak	44
Levoxyl.....	87	Lotemax SM.....	94	Menactra.....	90
Lexiva.....	59	Lovastatin.....	69	Menest.....	85
Lialda.....	91	Low-Ogestrel.....	85	Mentax.....	48
Lidocaine.....	35	Loxapine Succinate.....	54	Menveo.....	90
Lidocaine HCl.....	35	Lumigan.....	94	Mercaptopurine.....	50
Lidocaine Viscous.....	35	Lupaneta Pack.....	87	Meropenem.....	38
Lidocaine/Prilocaine.....	35	Lupron Depot.....	87, 88	Mesalamine.....	91
Lindane.....	53	Lutera.....	85	Mesalamine DR.....	91
Linezolid.....	36	Lynparza.....	52	Mesnex.....	52
Linzess.....	78	Lyrica.....	72	Mestinon.....	49
Liothyronine Sodium.....	87	Lysodren.....	87	Metadate ER.....	72
Lisinopril.....	64	Lyza.....	87	Metaproterenol Sulfate.....	96
Lisinopril/Hydrochlorothiazide	67	M		Metformin HCl.....	60
Lithium.....	60	M-M-R II.....	90	Metformin HCl ER.....	61
Lithium Carbonate.....	60	Magnesium Sulfate.....	76	Methadone HCl.....	33
Lithium Carbonate ER.....	60	Malathion.....	53	Methazolamide.....	68
Lithostat.....	80	Maprotiline HCl.....	46	Methenamine Hippurate.....	36
Livalo.....	69	Marlissa.....	85	Methimazole.....	88
Lokelma.....	77	Marplan.....	45	Methotrexate.....	88
Lonhala Magnair Starter Kit...	96	Matulane.....	50	Methotrexate Sodium.....	88
Lonsurf.....	51	Matzim LA.....	66	Methoxsalen.....	74
Loperamide HCl.....	78	Mavyret.....	56	Methscopolamine Bromide...	78
Lopinavir/Ritonavir.....	59	Meclizine HCl.....	47	Methyclothiazide.....	69
Lorazepam.....	60	Medroxyprogesterone Acetate	87	Methyldopa.....	64
		Mefloquine HCl.....	53	Methyldopa/ Hydrochlorothiazide.....	67

Methylphenidate HCl.....	72	Moexipril HCl.....	64	Natpara.....	91	
Methylphenidate HCl ER.....	72	Molindone HCl.....	54	Nebupent.....	53	
Methylprednisolone.....	82	Mometasone Furoate.....	82, 95	Necon 0.5/35-28.....	85	
Methylprednisolone Dose Pack	82	MonoNessa.....	85	Nefazodone HCl.....	46	
Metoclopramide HCl.....	47	Montelukast Sodium.....	95	Neomycin Sulfate.....	36	
Metolazone.....	69	Morphine Sulfate.....	34	Neomycin/Bacitracin/ Polymyxin.....	92	
Metoprolol Succinate ER.....	65	Morphine Sulfate ER.....	33	Neomycin/Polymyxin/ Bacitracin/Hydrocortisone	92	
Metoprolol Tartrate.....	65	Moxeza.....	41	Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone.....	92	
Metoprolol/ Hydrochlorothiazide.....	67	Moxifloxacin HCl/Sodium HCl	41	Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin.....	92	
Metronidazole.....	36, 37	Moxifloxacin HCl.....	41	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone.....	92, 95	
Metronidazole in NaCl 0.79%	37	Multaq.....	65	Nephramine.....	76	
Metronidazole Vaginal.....	37	Mupirocin.....	37	Nerlynx.....	52	
Mexiletine HCl.....	65	Myalept.....	78	Neulasta.....	63	
Mibelas 24 Fe.....	85	Mycamine.....	48	Neupogen.....	63	
Miconazole 3.....	48	Mycophenolate Mofetil....	88, 89	Neupro.....	53	
Microgestin 1.5/30.....	85	Mycophenolic Acid DR.....	89	Nevirapine.....	57	
Microgestin 1/20.....	85	Myrbetriq.....	80	Nevirapine ER.....	57	
Microgestin Fe.....	85	N			Nexavar.....	52
Microgestin Fe 1.5/30.....	85	Nabumetone.....	32	Nexium.....	79	
Midodrine HCl.....	64	Nadolol.....	65	Niacin ER.....	70	
Migergot.....	49	Nadolol/Bendroflumethiazide	67	Niacor.....	70	
Miglitol.....	61	Nafcillin Sodium.....	39	Nicardipine HCl.....	66	
Miglustat.....	80	Naftifine HCl.....	48	Nicotrol.....	35	
Mili.....	85	Naftin.....	48	Nicotrol NS.....	35	
Minitran.....	70	Naloxone HCl.....	35	Nifedipine ER.....	66	
Minocycline HCl.....	41, 42	Naltrexone HCl.....	35	Nikki.....	85	
Minoxidil.....	70	Namzaric.....	72	Nilutamide.....	50	
Mirtazapine.....	45	Naproxen.....	32	Nimodipine.....	66	
Mirtazapine ODT.....	45	Naproxen DR.....	32	Ninlaro.....	51	
Mirvaso.....	74	Naratriptan HCl.....	49	Nitro-Bid.....	70	
Misoprostol.....	79	Narcan.....	35			
Modafinil.....	98	Natacyn.....	48			
		Nateglinide.....	61			

Nitrofurantoin.....	37	Nuedexta.....	72	Orencia.....	89	
Nitrofurantoin Macrocrystals	37	Nuplazid.....	55	Orencia Clickject.....	89	
Nitrofurantoin Monohydrate	37	Nutrilipid.....	76	Orenitram.....	97	
Nitroglycerin.....	70	Nutropin AQ.....	83	Orfadin.....	80	
Nitroglycerin Lingual.....	70	NuvaRing.....	86	Orkambi.....	96	
Nitroglycerin Transdermal.....	70	Nyamyc.....	48	Orsythia.....	86	
Nitrostat.....	70	Nymalize.....	66	Oseltamivir Phosphate.....	59	
Nora-BE.....	87	Nystatin.....	48	Osphena.....	87	
Norditropin FlexPro.....	83	Nystop.....	48	Otezla.....	90	
Norethindrone.....	87	O			Oxacillin Sodium.....	39
Norethindrone Acetate.....	87	Ocaliva.....	80	Oxandrolone.....	83	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol.....	85	Ocella.....	86	Oxcarbazepine.....	44	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	86	Octagam.....	89	Oxiconazole Nitrate.....	48	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	86	Octreotide Acetate.....	88	Oxistat.....	48	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol	86	Odefsey.....	57	Oxsoralen Ultra.....	74	
Norlyroc.....	87	Odomzo.....	52	Oxybutynin Chloride.....	80	
Normosol-M in D5W.....	76	Ofev.....	97	Oxybutynin Chloride ER.....	80	
Normosol-R.....	76	Ofloxacin.....	41	Oxycodone HCl.....	34	
Normosol-R in D5W.....	76	Ogestrel.....	86	Oxycodone/Acetaminophen	34	
Northera.....	64	Olanzapine.....	55	Oxycodone/Aspirin.....	34	
Nortrel 0.5/35.....	86	Olanzapine ODT.....	55	Oxycodone/Ibuprofen.....	34	
Nortrel 1/35.....	86	Olmesartan Medoxomil.....	64	P		
Nortrel 7/7/7.....	86	Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide.....	68	Pacerone.....	65	
Nortriptyline HCl.....	46	Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide.....	68	Paliperidone ER.....	55	
Norvir.....	59	Olopatadine HCl.....	93	Panretin.....	52	
Noxafil.....	48	Omega-3-Acid Ethyl Esters....	70	Pantoprazole Sodium.....	79	
Nucala.....	98	Omeprazole.....	79	Panzyga.....	89	
Nucynta ER.....	33	Ondansetron HCl.....	47	Paricalcitol.....	91	
		Ondansetron ODT.....	47	Paromomycin Sulfate.....	36	
		Onfi.....	42	Paroxetine HCl.....	46	
		Onglyza.....	61	Paser.....	50	
		Opsumit.....	97	Paxil.....	46	
				Pazeo.....	93	

Pediarix.....	90	Pimozide.....	54	Prasugrel.....	64
Pedvax HIB.....	90	Pimtree.....	86	Pravastatin Sodium.....	69
PEG 3350/Electrolytes.....	79	Pindolol.....	65	Praziquantel.....	52
PEG-3350/Electrolytes.....	79	Pioglitazone HCl.....	61	Prazosin HCl.....	64
PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl.....	79	Pioglitazone HCl/Glimepiride	61	Pred Mild.....	94
Peganone.....	44	Pioglitazone HCl/Metformin HCl.....	61	Pred-G.....	92
Pegasys.....	56	Pioglitazone HCl/Metformin HCl.....	61	Pred-G S.O.P.....	92
Pegasys ProClick.....	56	Piperacillin/Tazobactam.....	39	Prednicarbate.....	82
Penicillin G Potassium.....	39	Pirmella 1/35.....	86	Prednisolone.....	82
Penicillin G Procaine.....	39	Piroxicam.....	32	Prednisolone Acetate.....	94
Penicillin G Sodium.....	39	Plasma-Lyte A.....	76	Prednisolone Sodium Phosphate.....	82, 94
Penicillin V Potassium.....	39	Plasma-Lyte-148.....	76	Prednisone.....	82
Pentam 300.....	53	Plenamaine.....	76	Prednisone Intensol.....	82
Pentasa.....	91	Podofilox.....	74	Premarin.....	86
Pentoxifylline ER.....	68	Polymyxin B Sulfate.....	37	Premasol.....	77
Perforomist.....	96	Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate.....	92	Premphase.....	86
Perindopril Erbumine.....	64	Pomalyst.....	50	Prempro.....	86
Permethrin.....	53	Portia-28.....	86	Prevalite.....	70
Perphenazine.....	47	Potassium Chloride.....	76	Previfem.....	86
Perseris.....	55	Potassium Chloride CR.....	76	Prezcobix.....	59
Phenadoz.....	95	Potassium Chloride ER.....	76	Prezista.....	59
Phenelzine Sulfate.....	45	Potassium Chloride ER.....	76	Priftin.....	50
Phenobarbital.....	42	Potassium Chloride/Dextrose	76	Prilosec.....	79
Phenoxybenzamine HCl.....	64	Potassium Chloride/Dextrose/ Lactated Ringers.....	76	Primaquine Phosphate.....	53
Phenytek.....	44	Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	76	Primidone.....	43
Phenytoin.....	44	Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	76	Privigen.....	89
Phenytoin Sodium Extended	44	Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	76	ProAir HFA.....	96
Phoslyra.....	77	Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	76	ProAir RespiClick.....	96
Phospholine Iodide.....	93	Potassium Citrate ER.....	77	Probenecid.....	49
Picato.....	74	Pradaxa.....	62	Probenecid/Colchicine.....	49
Pifeltro.....	57	Praluent.....	70	Procalamine.....	77
Pilocarpine HCl.....	73, 93	Pramipexole Dihydrochloride	53	Prochlorperazine.....	47
Pimecrolimus.....	74			Prochlorperazine Maleate.....	47

Procrit.....	63	Quetiapine Fumarate ER.....	55	Repatha Pushtronex System	70
Procto-Med HC.....	91	Quinapril HCl.....	64	Repatha SureClick.....	70
Procto-Pak.....	91	Quinapril/Hydrochlorothiazide	68	Rescriptor.....	57
Proctosol HC.....	91	Quinidine Gluconate CR.....	65	Restasis.....	92
Proctozone-HC.....	91	Quinidine Sulfate.....	65	Retacrit.....	63
Progesterone.....	87	Quinine Sulfate.....	53	Revlimid.....	50
Proglycem.....	61	R		Rexulti.....	55
Prograf.....	89	Rabavert.....	90	Reyataz.....	59
Prolastin-C.....	80	Rabeprazole Sodium.....	79	Rhopressa.....	92
Prolensa.....	94	Raloxifene HCl.....	87	Ribasphere.....	56
Prolia.....	92	Ramipril.....	64	Ribavirin.....	56
Promacta.....	63	Ranexa.....	68	Ridaura.....	90
Promethazine HCl.....	95	Ranitidine HCl.....	78	Rifabutin.....	49
Promethegan.....	95	Ranolazine ER.....	68	Rifampin.....	50
Propafenone HCl.....	65	Rapaflo.....	80	Rifater.....	50
Propafenone HCl ER.....	65	Rapamune.....	89	Riluzole.....	72
Proparacaine HCl.....	92	Rasagiline Mesylate.....	54	Rimantadine HCl.....	59
Propranolol HCl.....	65	Rasuvo.....	89	Riomet.....	61
Propranolol HCl ER.....	65	Ravicti.....	80	Risedronate Sodium.....	92
Propranolol/ Hydrochlorothiazide.....	68	Rayaldee.....	92	Risperdal Consta.....	55
Propylthiouracil.....	88	Rebif.....	73	Risperidone.....	55
ProQuad.....	90	Rebif Rebidose.....	73	Risperidone ODT.....	56
Prosol.....	77	Rebif Rebidose Titration Pack	73	Ritonavir.....	59
Protriptyline HCl.....	46	Rebif Titration Pack.....	73	Rivastigmine Tartrate.....	44
Prudoxin.....	74	Reclipsen.....	86	Rivastigmine Transdermal System.....	44
Pulmozyme.....	98	Recombivax HB.....	90	Rivelsa.....	86
Purixan.....	50	Regranex.....	74	Rizatriptan Benzoate.....	49
Pyrazinamide.....	50	Relenza Diskhaler.....	59	Rizatriptan Benzoate ODT.....	49
Pyridostigmine Bromide.....	49	Relistor.....	78	Ropinirole HCl.....	53
Pyridostigmine Bromide ER	49	Repaglinide.....	61	Rosuvastatin Calcium.....	69
Q		Repaglinide/Metformin HCl	61	Rotarix.....	90
Quadracel.....	90	Repatha.....	70	RotaTeq.....	90
Quetiapine Fumarate.....	55			Roweepra.....	42

Roweepra XR.....	42	Simbrinza.....	93	Stalevo 125.....	54
Rozerem.....	98	Simponi.....	89	Stalevo 150.....	54
Rubraca.....	51	Simvastatin.....	69	Stalevo 200.....	54
Ruconest.....	88	Sirolimus.....	89	Stalevo 50.....	54
Rydapt.....	52	Sirturo.....	50	Stalevo 75.....	54
Rytary.....	54	Sodium Chloride.....	77	Stavudine.....	58
S		Sodium Chloride 0.9%.....	77	Stelara.....	74
Sabril.....	43	Sodium Chloride 0.45%.....	77	Stiolto Respimat.....	98
Saizen.....	83	Sodium Fluoride.....	77	Stivarga.....	52
Saizenprep Reconstitution Kit	83	Sodium Lactate.....	77	Streptomycin Sulfate.....	36
Samsca.....	77	Sodium Phenylbutyrate.....	80	Stribild.....	57
Sancuso.....	47	Sodium Polystyrene Sulfonate	77	Suboxone.....	35
Sandimmune.....	89	Sodium Sulfacetamide.....	41	Sucraid.....	80
Santyl.....	74	Sofosbuvir/Velpatasvir.....	57	Sucralfate.....	79
Saphris.....	56	Soliqua 100/33.....	61	Sulfacetamide Sodium.....	41
Savella.....	72	Soltamox.....	50	Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate.....	92
Savella Titration Pack.....	72	Somatuline Depot.....	88	Sulfadiazine.....	41
Scopolamine.....	47	Somavert.....	88	Sulfamethoxazole/ Trimethoprim.....	41
Selegiline HCl.....	54	Sotalol HCl.....	65	Sulfamethoxazole/ Trimethoprim DS.....	41
Selenium Sulfide.....	74	Sotalol HCl AF.....	65	Sulfamylon.....	37
Selzentry.....	58	Sovaldi.....	57	Sulfasalazine.....	91
Sensipar.....	92	Spiriva HandiHaler.....	96	Sulindac.....	32
Serevent Diskus.....	96	Spiriva Respimat.....	96	Sumatriptan.....	49
Serostim.....	78	Spirolactone.....	69	Sumatriptan Succinate.....	49
Sertraline HCl.....	46	Spirolactone/ Hydrochlorothiazide.....	68	Sumatriptan Succinate Refill	49
Setlakin.....	86	Sporanox.....	48	Suprax.....	38
Sevelamer Carbonate.....	77	Sprintec 28.....	86	Suprep Bowel Prep Kit.....	79
Sharobel.....	87	Spritam.....	42	Sustiva.....	58
Shingrix.....	90	Sprycel.....	52	Sutent.....	52
Signifor.....	88	SPS.....	77	Syeda.....	86
Sildenafil.....	97	Sronyx.....	86		
Silodosin.....	80	SSD.....	41		
Silver Sulfadiazine.....	41	Stalevo 100.....	54		

Sylatron.....	56	Telmisartan/ Hydrochlorothiazide.....	68	Tobramycin.....	97
Symbicort.....	98	Temazepam.....	98	Tobramycin Sulfate.....	36
Symfi.....	58	Tenivac.....	90	Tobramycin/Dexamethasone	93
Symfi Lo.....	58	Tenofovir Disoproxil Fumarate	58	Tobrex.....	36
SymlinPen 120.....	61	Terazosin HCl.....	80	Tolak.....	74
SymlinPen 60.....	61	Terbinafine HCl.....	48	Tolcapone.....	53
Sympazan.....	43	Terconazole.....	48	Topiramate.....	43
Symtuza.....	59	Testosterone.....	83	Toremifene Citrate.....	50
Synarel.....	88	Testosterone Cypionate.....	83	Torsemide.....	69
Synjardy.....	61	Testosterone Enanthate.....	83	Toujeo Max Solostar.....	62
Synjardy XR.....	61	Testosterone Pump.....	84	Toujeo SoloStar.....	62
Synribo.....	51	Tetanus/Diphtheria Toxoids- Adsorbed Adult.....	90	TPN Electrolytes.....	77
Synthroid.....	87	Tetrabenazine.....	72	Tracleer.....	97
T					
Tabloid.....	50	Tetracycline HCl.....	42	Tradjenta.....	61
Tacrolimus.....	74, 89	Thalomid.....	50	Tramadol HCl.....	35
Tafinlar.....	52	Theophylline.....	97	Tramadol HCl ER.....	33
Tagrisso.....	52	Theophylline CR.....	97	Tramadol HCl/Acetaminophen	35
Talzenna.....	51	Theophylline ER.....	97	Trandolapril.....	64
Tamoxifen Citrate.....	50	Thioridazine HCl.....	54	Tranexamic Acid.....	64
Tamsulosin HCl.....	80	Thiothixene.....	54	Transderm-Scop.....	47
Tarceva.....	52	Tiagabine HCl.....	43	Tranycypromine Sulfate.....	45
Targretin.....	52	Tibsovo.....	52	Travasol.....	77
Tarina 24 Fe.....	86	Tigecycline.....	37	Travatan Z.....	94
Tarina Fe 1/20.....	86	Timolol Maleate.....	65, 94	Trazodone HCl.....	46
Tasigna.....	52	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming.....	94	Trecator.....	50
Tazarotene.....	74	Tinidazole.....	37	Trelegy Ellipta.....	98
Tazicef.....	38	Tivicay.....	57	Trelstar Mixject.....	88
Tazorac.....	74	Tizanidine HCl.....	98	Tresiba.....	62
Taztia XT.....	66	TOBI Podhaler.....	96	Tresiba FlexTouch.....	62
Tecfidera.....	73	Tobradex.....	92	Tretinoin.....	52, 74
Tecfidera Starter Pack.....	73	Tobradex ST.....	93	Tretinoin Microsphere.....	74
Telmisartan.....	64			Trexall.....	89
Telmisartan/Amlodipine.....	68			Trezix.....	35

Tri-Estarylla.....	86	U	Vibramycin.....	42	
Tri-Legest Fe.....	86	Uloric.....	49	Victoza.....	61
Tri-Lo-Estarylla.....	86	Unithroid.....	87	Videx EC.....	58
Tri-Lo-Sprintec.....	86	Ursodiol.....	78	Videx Pediatric.....	58
Tri-Mili.....	86	V	Vienna.....	86	
Tri-Previfem.....	86	Valacyclovir HCl.....	57	Vigabatrin.....	43
Tri-Sprintec.....	86	Valchlor.....	50	Vigadrone.....	43
Tri-VyLibra.....	86	Valganciclovir.....	56	Viibryd.....	46
Tri-VyLibra Lo.....	86	Valganciclovir Hydrochloride	56	Viibryd Starter Pack.....	46
Triamcinolone Acetonide.....	82	.....	56	Vimpat.....	44
Triamcinolone Acetonide		Valproic Acid.....	43	Viracept.....	59
Dental Paste.....	73	Valsartan.....	64	Viramune.....	58
Triamterene/ Hydrochlorothiazide.....	68	Valsartan/Hydrochlorothiazide	68	Viread.....	58
Triderm.....	82	.....	68	Vitrakvi.....	52
Trientine HCl.....	77	Vancomycin HCl.....	37	Vivitrol.....	35
Trifluoperazine HCl.....	54	Vandazole.....	37	Vizimpro.....	52
Trifluridine.....	57	VAQTA.....	90	Voriconazole.....	48
Trihexyphenidyl HCl.....	53	Varivax.....	90	Vosevi.....	57
TriLyte.....	79	Varizig.....	89	Votrient.....	52
Trimethoprim.....	37	Vascepa.....	70	VP-PNV-DHA.....	77
Trimipramine Maleate.....	46	Velivet.....	86	Vraylar.....	56
Trintellix.....	46	Velphoro.....	77	Vyfemla.....	86
Triumeq.....	57	Veltassa.....	77	VyLibra.....	86
Trivora-28.....	86	Vemlidy.....	56	Vyvanse.....	71
Trophamine.....	77	Venclexta.....	52	Vyzulta.....	94
Trulicity.....	61	Venclexta Starting Pack.....	52	W	
Trumenba.....	90	Venlafaxine HCl.....	46	Warfarin Sodium.....	62
Truvada.....	58	Venlafaxine HCl ER.....	46	Welchol.....	70
Twinrix.....	90	Ventavis.....	97	Wixela Inhub.....	98
Tybost.....	57	Verapamil HCl.....	66	WYMZYA Fe.....	86
Tykerb.....	52	Verapamil HCl ER.....	66	X	
Tymlos.....	92	Verapamil HCl SR.....	66	Xalkori.....	52
Typhim Vi.....	90	Versacloz.....	56	Xarelto.....	62
		Verzenio.....	51	Xarelto Starter Pack.....	62
		Vesicare.....	80		

Xatmep.....	89	Yuvaferm.....	86	Ziprasidone HCl.....	56
Xeljanz.....	89	Z		Zirgan.....	56
Xeljanz XR.....	89	Zafirlukast.....	95	Zolinza.....	51
Xgeva.....	92	Zaleplon.....	98	Zolpidem Tartrate.....	98
Xifaxan.....	78	Zarah.....	86	Zonisamide.....	42
Xiidra.....	93	Zarxio.....	63	Zorbtive.....	78
Xofluza.....	59	Zejula.....	51	Zortress.....	89
Xolair.....	90	Zelapar.....	54	Zostavax.....	90
Xospata.....	52	Zelboraf.....	52	Zovia 1/35E.....	86
Xtampza ER.....	33	Zemaira.....	80	Zyclara Pump.....	74
Xtandi.....	50	Zenpep.....	80	Zydelig.....	52
Xulane.....	86	Zerbaxa.....	38	Zyflo.....	95
Xyrem.....	98	Zidovudine.....	58	Zykadia.....	52
Y		Zileuton ER.....	95	Zyprexa Relprevv.....	56
YF-Vax.....	90	Zioptan.....	94	Zytiga.....	50

Medicamentos cubiertos listados por condición médica

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 13-30.

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 99-124.

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 DR (tableta de liberación retardada)	1	
Analgésicos			Diclofenac Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine (50mg-325mg-40mg tableta)	1	QL	Diflunisal (tableta)	1	
Butalbital/Aspirin/ Caffeine (50mg-325mg-40mg cápsula)	1	QL	Etodolac (200mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos			Etodolac ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Celecoxib (cápsula)	1	QL	Flector (parche)	1	PA, QL
Diclofenac Epolamine (parche)	1	PA, QL	Flurbiprofen (tableta)	1	
Diclofenac Potassium (tableta)	1		Ibu (tableta)	1	
Diclofenac Sodium (1% gel)	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
Ibuprofen (100mg/5ml suspensión, 400mg tableta, 600mg tableta, 800mg tableta)	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	7D, DL, QL, MME
Indomethacin (25mg cápsula, 50mg cápsula)	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, 16mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Ketoprofen (cápsula)	1		Hydromorphone HCl ER (32mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Meloxicam (tableta)	1		Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Nabumetone (tableta)	1		Levorphanol Tartrate (2mg tableta, 3mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Naproxen (125mg/5ml suspensión)	1				
Naproxen (250mg tableta de liberación inmediata, 375mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1				
Naproxen DR (tableta de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	1				
Piroxicam (cápsula)	1				
Sulindac (tableta)	1				
Analgésicos opiáceos, acción prolongada					
Buprenorphine (parche semanal)	1	7D, DL, QL			
Embeda (cápsula de liberación prolongada)	1	7D, DL, QL, MME			

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
Methadone HCl (10mg tableta, 5mg tableta, 10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME	Xtampza ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Morphine Sulfate ER (100mg tableta de liberación prolongada, 15mg tableta de liberación prolongada, 30mg tableta de liberación prolongada, 60mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	1	7D, DL, QL, MME	Analgésicos opiáceos, acción corta		
Morphine Sulfate ER (200mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	1	7D, DL, QL, MME	Abstral (tableta sublingual)	1	DL, PA, QL
Nucynta ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	7D, DL, QL, MME	Acetaminophen/ Codeine (120mg-12mg/5ml solución oral, 300mg-15mg tableta, 300mg-30mg tableta, 300mg-60mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME
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	7D, DL, QL, MME	Butorphanol Tartrate (solución nasal)	1	7D, DL, QL, MME
			Codeine Sulfate (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
			Duramorph (inyección)	1	DL
			Endocet (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
			Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (pastilla para chupar con aplicador)	1	DL, PA, QL
			Hydrocodone Bitartrate/ Acetaminophen (7.5mg-325mg/15ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME

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
Hydrocodone/ Acetaminophen (10mg-325mg tableta, 5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME	Morphine Sulfate (10mg/ml inyección, 4mg/ml inyección, 8mg/ml inyección)	1	DL
Hydrocodone/ Ibuprofen (7.5mg-200mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME	Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl (10mg/ml inyección, 50mg/5ml inyección)	1	DL	Morphine Sulfate (2mg/ml inyección, 5mg/ml inyección)	1	DL
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido)	1	7D, DL, QL, MME	Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata, 8mg tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME	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	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl (2mg/ml inyección)	1	DL	Oxycodone HCl (5mg/ 5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME
Lorcet (tableta)	1	7D, DL, QL, MME	Oxycodone/ Acetaminophen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Lorcet HD (tableta)	1	7D, DL, QL, MME	Oxycodone/Aspirin (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Lorcet Plus (tableta)	1	7D, DL, QL, MME	Oxycodone/Ibuprofen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral, 10mg/5ml solución oral, 20mg/ 5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME			

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
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
Tramadol HCl/ Acetaminophen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Trezix (cápsula)	1	7D, DL, QL, MME
Anestésicos		
Anestésicos locales		
Lidocaine (5% ungüento)	1	QL
Lidocaine (5% parche)	1	PA, QL
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		
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		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	1	QL
Buprenorphine HCl/ Naloxone HCl (película)	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	
Chantix Starting Month Pak (tableta)	1	
Nicotrol (inhalador)	1	
Nicotrol NS (solución nasal)	1	
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
Amikacin Sulfate (inyección)	1	
Gentak (ungüento oftálmico)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Gentamicin Sulfate (0.1% crema, 0.1% ungüento, 0.3% solución oftálmica)	1		Clindamycin Palmitate HCl (solución oral)	1	
Gentamicin Sulfate (40mg/ml inyección)	1		Clindamycin Phosphate (2% crema)	1	
Gentamicin Sulfate/ 0.9% Sodium Chloride (inyección)	1		Clindamycin Phosphate (300mg/ 2ml inyección, 600mg/ 4ml inyección, 900mg/ 6ml inyección)	1	
Isotonic Gentamicin (inyección)	1		Clindamycin Phosphate in D5W (inyección)	1	
Neomycin Sulfate (tableta)	1		Colistimethate Sodium (inyección)	1	
Paromomycin Sulfate (cápsula)	1		Dalvance (inyección)	1	PA
Streptomycin Sulfate (inyección)	1		Daptomycin (350mg solución)	1	
Tobramycin Sulfate (0.3% solución oftálmica)	1		Daptomycin (500mg inyección)	1	
Tobramycin Sulfate (10mg/ml inyección, 80mg/2ml inyección)	1		Linezolid (100mg/5ml suspensión)	1	PA
Tobrex (0.3% ungüento oftálmico)	1		Linezolid (600mg tableta)	1	PA, QL
Antibacterianos, otros			Linezolid (600mg/ 300ml inyección)	1	PA
Bacitracin (ungüento oftálmico)	1		Methenamine Hippurate (tableta)	1	
Bactroban Nasal (ungüento)	1	PA	Metronidazole (0.75% crema, 0.75% gel, 1% gel, 0.75% loción)	1	
Clindamycin HCl (cápsula 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Metronidazole (250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1		Vancomycin HCl (10gm inyección, 1gm inyección, 500mg inyección, 750mg inyección, 125mg cápsula, 250mg cápsula)	1	
Metronidazole in NaCl 0.79% (inyección)	1		Vancomycin HCl (250mg inyección)	1	
Metronidazole Vaginal (gel)	1		Vandazole (gel)	1	
Mupirocin (2% crema)	1		Beta-lactámicos, cefalosporinas		
Mupirocin (2% ungüento)	1		Cefaclor (250mg cápsula de liberación inmediata, 500mg cápsula de liberación inmediata)	1	
Nitrofurantoin (suspensión)	1		Cefadroxil (250mg/5ml suspensión, 500mg/5ml suspensión, 500mg cápsula)	1	
Nitrofurantoin Macrocrystals (100mg cápsula, 50mg cápsula) (Macroclatin genérico)	1		Cefazolin Sodium (inyección)	1	
Nitrofurantoin Monohydrate (100mg cápsula) (Macrobid genérico)	1		Cefdinir (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 300mg cápsula)	1	
Polymyxin B Sulfate (inyección)	1		Cefepime (inyección)	1	
Sulfamylon (85mg/gm crema)	1		Cefixime (suspensión)	1	
Tigecycline (inyección)	1		Cefotaxime Sodium (inyección)	1	
Tinidazole (tableta)	1		Cefotetan (inyección)	1	
Trimethoprim (tableta)	1				

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Cefoxitin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 2gm inyección)	1		Suprax (100mg tableta masticable, 200mg tableta masticable)	1	
Cefpodoxime Proxetil (100mg tableta, 200mg tableta, 100mg/5ml suspensión, 50mg/5ml suspensión)	1		Suprax (400mg cápsula, 500mg/5ml suspensión)	1	
Cefprozil (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta)	1		Tazicef (inyección)	1	
Ceftazidime (inyección)	1		Zerbaxa (inyección)	1	PA
Ceftriaxone Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 250mg inyección, 2gm inyección, 500mg inyección)	1		Beta-lactámicos, otros		
Cefuroxime Axetil (tableta)	1		Aztreonam (inyección)	1	
Cefuroxime Sodium (1.5gm inyección, 7.5gm inyección, 750mg inyección)	1		Doripenem (500mg inyección)	1	
Cephalexin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 750mg cápsula)	1		Ertapenem (solución)	1	
			Imipenem/Cilastatin (inyección)	1	
			Invanz (inyección)	1	
			Meropenem (inyección)	1	
			Beta-lactámicos, penicilinas		
			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	

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
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		Bactocill in Dextrose (inyección)	1	
Amoxicillin/Clavulanate Potassium ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1		Bicillin C-R (inyección)	1	
Ampicillin (cápsula)	1		Bicillin L-A (inyección)	1	
Ampicillin Sodium (10gm inyección, 125mg inyección, 1gm inyección)	1		Dicloxacillin Sodium (cápsula)	1	
Ampicillin-Sulbactam (inyección)	1		Nafcillin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 2gm inyección)	1	
			Oxacillin Sodium (inyección)	1	
			Penicillin G Potassium (inyección)	1	
			Penicillin G Procaine (inyección)	1	
			Penicillin G Sodium (inyección)	1	
			Penicillin V Potassium (125mg/5ml solución oral, 250mg/5ml solución oral, 250mg tableta, 500mg tableta)	1	
			Piperacillin/Tazobactam (inyección)	1	
			Macrólidos		
			Azasite (solución oftálmica)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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, 750mg tableta)	1	
EryPed 200 (suspensión)	1		Ciprofloxacin HCl (100mg tableta de liberación inmediata)	1	
EryPed 400 (suspensión)	1		Ciprofloxacin HCl (250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Erythrocin Lactobionate (inyección)	1		Ciprofloxacin I.V. in D5W (inyección)	1	
Erythromycin (250mg cápsula de liberación retardada)	1		Gatifloxacin (solución oftálmica)	1	
Erythromycin (5mg/gm ungüento oftálmico)	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	1		Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (200mg-40mg/5ml suspensión, 400mg-80mg tableta)	1	
Levofloxacin (250mg tableta, 500mg tableta, 750mg tableta)	1		Sulfamethoxazole/ Trimethoprim DS (tableta)	1	
Levofloxacin (25mg/ml inyección, 25mg/ml solución oral)	1		Tetraciclinas		
Levofloxacin in D5W (inyección)	1		Demeclocycline HCl (tableta)	1	
Moxeza (solución oftálmica)	1		Doxy 100 (inyección)	1	
Moxifloxacin HCl/ Sodium HCl (inyección)	1		Doxycycline (25mg/ 5ml suspensión)	1	
Moxifloxacin HCl (0.5% solución oftálmica)	1		Doxycycline Hyclate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata)	1	
Moxifloxacin HCl (400mg tableta)	1		Doxycycline Monohydrate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)	1	
Ofloxacin (0.3% solución oftálmica)	1		Minocycline HCl (100mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)	1	
Ofloxacin (0.3% solución ótica, 300mg tableta, 400mg tableta)	1				
Sulfonamidas					
Silver Sulfadiazine (crema)	1				
Sodium Sulfacetamide (solución oftálmica)	1				
SSD (crema)	1				
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico)	1				
Sulfadiazine (tableta)	1				

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Minocycline HCl (100mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata, 75mg tableta de liberación inmediata)	1		Modificadores del canal de calcio		
			Celontin (cápsula)	1	
			Ethosuximide (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
			Zonisamide (cápsula)	1	
			Intensificadores del ácido gamma-aminobutírico (GABA)		
Tetracycline HCl (cápsula)	1		Clobazam (10mg tableta)	1	PA, QL
Vibramycin (50mg/5ml jarabe)	1		Clobazam (2.5mg/ml suspensión)	1	PA
Antiepilépticos			Clobazam (20mg tableta)	1	PA, QL
Antiepilépticos, otros			Diastat AcuDial (gel)	1	
Briviact (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta, 10mg/ml solución oral)	1	QL	Diastat Pediatric (gel)	1	
Epidiolex (solución)	1	PA	Gabapentin (100mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg cápsula, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	
Levetiracetam (tableta de liberación inmediata, 100mg/ml solución oral)	1		Gabapentin (250mg/5ml solución oral)	1	
Levetiracetam ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)	1	PA, QL
Roweepra (tableta de liberación inmediata)	1		Onfi (2.5mg/ml suspensión)	1	PA
Roweepra XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	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	
Spritam (tableta desintegrante soluble)	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
Primidone (tableta)	1	
Sabril (500mg tableta)	1	PA, QL, LA
Sympazan (10mg película, 20mg película)	1	PA, QL
Sympazan (5mg película)	1	PA, QL
Tiagabine HCl (tableta)	1	
Valproic Acid (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
Vigabatrin (500mg paquete, 500mg tableta)	1	PA, QL, LA
Vigadrone (paquete)	1	PA, QL, LA
Reductores del glutamato		
Felbamate (400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Felbamate (600mg/5ml suspensión)	1	
Fycompa (0.5mg/ml suspensión, 10mg tableta, 12mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)	1	
Lamotrigine (tableta de liberación inmediata)	1	
Lamotrigine (25mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Topiramate (100mg tableta, 200mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 15mg cápsula esparcible, 25mg cápsula esparcible de liberación inmediata)	1	
Agentes del canal de sodio		
Aptiom (tableta)	1	QL
Banzel (200mg tableta, 400mg tableta, 40mg/ml suspensión)	1	
Carbamazepine (100mg tableta masticable, 100mg/5ml suspensión, 200mg tableta de liberación inmediata)	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	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Dilantin (cápsula)	1		Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Dilantin INFATABS (tableta masticable)	1		Rivastigmine Tartrate (cápsula)	1	QL
Epitol (tableta)	1		Rivastigmine Transdermal System (parche 24 horas)	1	QL, ST
Oxcarbazepine (150mg tableta, 300mg tableta, 600mg tableta)	1		Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)		
Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión)	1		Memantine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	PA, QL
Peganone (tableta)	1		Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	1	PA, QL
Phenytek (cápsula)	1		Memantine HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Phenytoin (125mg/5ml suspensión, 50mg tableta masticable)	1		Memantine HCl Titration Pak (tableta)	1	PA
Phenytoin Sodium Extended (cápsula)	1		Antidepresivos		
Vimpat (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml solución oral)	1	QL	Antidepresivos, otros		
Antidemenciales			Bupropion HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Inhibidores de la colinesterasa			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	
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			

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
Bupropion HCl XL (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	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
Mirtazapine (tableta)	1		Escitalopram Oxalate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Mirtazapine ODT (tableta dispersable)	1		Escitalopram Oxalate (5mg/5ml solución oral)	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa			Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL, ST
Emsam (parche 24 horas)	1	QL	Fetzima Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	1	ST
Marplan (tableta)	1		Fluoxetine DR (cápsula de liberación retardada)	1	
Phenelzine Sulfate (tableta)	1		Fluoxetine HCl (cápsula de liberación inmediata)	1	
Tranlycypromine Sulfate (tableta)	1		Fluoxetine HCl (20mg/5ml solución oral)	1	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)			Fluvoxamine Maleate (tableta)	1	
Citalopram HBr (10mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta)	1				
Citalopram HBr (10mg/5ml solución oral)	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
Maprotiline HCl (tableta)	1		Amitriptyline HCl (tableta)	1	
Nefazodone HCl (tableta)	1		Amoxapine (tableta)	1	
Paroxetine HCl (tableta de liberación inmediata)	1		Clomipramine HCl (cápsula)	1	
Paxil (10mg/5ml suspensión)	1		Desipramine HCl (tableta)	1	
Sertraline HCl (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1		Doxepin HCl (100mg cápsula, 10mg cápsula, 150mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/ml concentrado)	1	
Sertraline HCl (20mg/ml concentrado)	1		Imipramine HCl (tableta)	1	
Trazodone HCl (tableta)	1		Imipramine Pamoate (cápsula)	1	
Trintellix (tableta)	1	QL	Nortriptyline HCl (10mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1	
Venlafaxine HCl (tableta de liberación inmediata)	1		Protriptyline HCl (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		Trimipramine Maleate (cápsula)	1	
Viibryd (tableta)	1	QL	Antieméticos		
Viibryd Starter Pack (paquete)	1	QL	Antieméticos, otros		
Tricíclicos			Compro (supositorio)	1	
			Hydroxyzine Pamoate (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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Meclizine HCl (tableta)	1		Ondansetron HCl (4mg/5ml solución oral)	1	B/D, PA
Metoclopramide HCl (5mg tableta)	1		Ondansetron ODT (tableta dispersable)	1	B/D, PA
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral)	1		Sancuso (parche)	1	
Metoclopramide HCl (10mg tableta)	1		Antimicóticos		
Perphenazine (tableta)	1		Antimicóticos		
Prochlorperazine (supositorio)	1		Abelcet (inyección)	1	B/D, PA
Prochlorperazine Maleate (tableta)	1		AmBisome (inyección)	1	B/D, PA
Scopolamine (parche 72 horas)	1		Amphotericin B (inyección)	1	B/D, PA
Transderm-Scop (parche 72 horas)	1		Caspofungin Acetate (inyección)	1	
Adyuvantes para terapia emetogénica			Ciclopirox (0.77% gel, 0.77% suspensión, 1% champú)	1	
Aprepitant (paquete de tratamiento, 40mg cápsula, 80mg cápsula)	1	PA	Ciclopirox Nail Lacquer (solución externa)	1	
Aprepitant (125mg cápsula)	1	PA	Ciclopirox Olamine (crema)	1	
Cesamet (cápsula)	1	PA	Clotrimazole (1% crema, 1% solución externa, 10mg pastilla para chupar)	1	
Dronabinol (cápsula)	1	PA	Econazole Nitrate (crema)	1	
Emend (125mg suspensión)	1	PA	Eraxis (100mg inyección)	1	
Granisetron HCl (tableta)	1	B/D, PA, QL	Eraxis (50mg inyección)	1	
Ondansetron HCl (24mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	1	B/D, PA	Exelderm (1% crema, 1% solución externa)	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
Fluconazole (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml suspensión, 40mg/ml suspensión)	1		Naftin (1% gel, 2% gel)	1	
Fluconazole in NaCl (inyección)	1		Natacyn (suspensión)	1	
Flucytosine (cápsula)	1		Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)	1	PA, QL
Griseofulvin Microsize (125mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1		Noxafil (40mg/ml suspensión)	1	QL
Griseofulvin Ultramicronize (tableta)	1		Nyamyc (polvo)	1	
Itraconazole (100mg cápsula)	1	PA, QL	Nystatin (crema, ungüento, polvo, suspensión, tableta)	1	
Itraconazole (10mg/ml solución)	1	PA	Nystop (polvo)	1	
Jublia (solución externa)	1		Oxiconazole Nitrate (crema)	1	
Ketoconazole (2% crema, 2% champú, 200mg tableta)	1		Oxistat (1% loción)	1	
Ketoconazole (2% espuma)	1		Sporanox (10mg/ml solución oral)	1	PA
Mentax (crema)	1		Terbinafine HCl (tableta)	1	
Miconazole 3 (supositorio)	1		Terconazole (0.4% crema, 0.8% crema, 80mg supositorio)	1	
Mycamine (inyección)	1		Voriconazole (200mg inyección, 40mg/ml suspensión)	1	
Naftifine HCl (1% crema)	1		Voriconazole (200mg tableta, 50mg tableta)	1	
Naftifine HCl (2% crema)	1		Antigotosos		
			Allopurinol (tableta)	1	
			Colchicine (0.6mg cápsula) (Mitigare genérico)	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
Colchicine (0.6mg tableta) (Colcrys genérico)	1	QL
Colcrys (tableta)	1	QL
Probenecid (tableta)	1	
Probenecid/Colchicine (tableta)	1	
Uloric (tableta)	1	ST
Antimigrañosos		
Alcaloides de ergotamina		
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	1	
Ergotamine Tartrate/ Caffeine (tableta)	1	
Migergot (supositorio)	1	
Preservativo		
Aimovig (solución autoinyectable)	1	PA, QL
Agonistas de los receptores de serotonina (5-HT) 1b/1d		
Naratriptan HCl (tableta)	1	QL
Rizatriptan Benzoate (10mg tableta, 5mg 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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml inyección, 6mg/0.5ml jeringa precargada con solución), Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml inyección) (Imitrex genérico)	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 (60mg tableta)	1	
Pyridostigmine Bromide (60mg/5ml solución)	1	
Pyridostigmine Bromide ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
Dapsone (tableta)	1	
Rifabutin (cápsula)	1	
Antituberculosos		

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
Ethambutol HCl (tableta)	1		Erleada (tableta)	1	PA, QL
Isoniazid (100mg tableta, 300mg tableta)	1		Flutamide (cápsula)	1	
Isoniazid (50mg/5ml jarabe)	1		Nilutamide (tableta)	1	
Paser (paquete)	1		Xtandi (cápsula)	1	PA, QL, LA
Priftin (tableta)	1		Zytiga (tableta)	1	PA, QL, LA
Pyrazinamide (tableta)	1		Antiangiogénicos		
Rifampin (150mg cápsula, 300mg cápsula)	1		Pomalyst (cápsula)	1	PA, QL
Rifampin (600mg inyección)	1		Revlimid (cápsula)	1	PA, QL, LA
Rifater (tableta)	1		Thalomid (cápsula)	1	PA, QL
Sirturo (tableta)	1	PA, LA	Antiestrógenos/modificadores		
Trecator (tableta)	1		Emcyt (cápsula)	1	
Antineoplásicos			Fareston (tableta)	1	
Alquilantes			Soltamox (solución oral)	1	
Cyclophosphamide (cápsula)	1	B/D, PA	Tamoxifen Citrate (tableta)	1	
Gleostine (100mg cápsula, 40mg cápsula)	1		Toremifene Citrate (tableta)	1	
Gleostine (10mg cápsula)	1		Antimetabólicos		
Leukeran (tableta)	1		Droxia (cápsula)	1	
Matulane (cápsula)	1	LA	Hydroxyurea (cápsula)	1	
Valchlor (gel)	1	PA, LA	Mercaptopurine (tableta)	1	
Antiandrógenos			Purixan (suspensión)	1	PA
Abiraterone Acetate (tableta)	1	PA, QL	Tabloid (tableta)	1	PA
Bicalutamide (tableta)	1		Antineoplásicos, otros		
			Copiktra (cápsula)	1	PA, QL
			Kisqali (tableta)	1	PA, QL
			Kisqali Femara 200 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, 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
Kisqali Femara 400 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, QL
Kisqali Femara 600 Dose (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, QL
Leucovorin Calcium (10mg tableta, 15mg tableta, 5mg tableta)	1	
Leucovorin Calcium (25mg tableta)	1	
Lonsurf (tableta)	1	PA, QL, LA
Lorbrena (tableta)	1	PA, QL
Ninlaro (cápsula)	1	PA, QL
Synribo (inyección)	1	PA
Verzenio (tableta)	1	PA, QL, LA
Zolinza (cápsula)	1	PA
Inhibidores de la aromatasa, 3. ^a generación		
Anastrozole (tableta)	1	
Exemestane (tableta)	1	
Letrozole (tableta)	1	
Inhibidores de enzimas		
Rubraca (tableta)	1	PA, QL, LA
Talzenna (cápsula)	1	PA, QL
Zejula (cápsula)	1	PA, QL, LA
Inhibidores de la diana molecular		
Afinitor (tableta)	1	PA
Afinitor Disperz (tableta soluble)	1	PA
Alecensa (cápsula)	1	PA, QL, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Alunbrig (tableta, paquete de tratamiento, 180mg tableta, 30mg tableta, 90mg tableta)	1	PA, QL, LA
Bosulif (tableta)	1	PA, QL
Braftovi (cápsula)	1	PA
Cabometyx (tableta)	1	PA, QL, LA
Calquence (cápsula)	1	PA, QL
Caprelsa (tableta)	1	PA, LA
Cometriq (paquete)	1	PA, LA
Cotellic (tableta)	1	PA, QL, LA
Daurismo (tableta)	1	PA, QL
Erivedge (cápsula)	1	PA, QL, LA
Farydak (cápsula)	1	PA
Gilotrif (tableta)	1	PA, LA
Ibrance (cápsula)	1	PA, QL, LA
Iclusig (tableta)	1	PA, QL, LA
Idhifa (tableta)	1	PA, QL, LA
Imatinib Mesylate (tableta)	1	PA, QL
Imbruvica (140mg cápsula, 70mg cápsula)	1	PA, QL, LA
Imbruvica (140mg tableta, 280mg tableta, 420mg tableta, 560mg tableta)	1	PA, QL
Inlyta (tableta)	1	PA, QL, LA
Iressa (tableta)	1	PA, QL, LA
Jakafi (tableta)	1	PA, QL, LA

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
Lenvima (cápsula, paquete de tratamiento)	1	PA, LA	Xospata (tableta)	1	PA, QL
Lynparza (tableta)	1	PA, QL, LA	Zelboraf (tableta)	1	PA, QL, LA
Mekinist (tableta)	1	PA, LA	Zydelig (tableta)	1	PA, QL, LA
Mektovi (tableta)	1	PA	Zykadia (cápsula)	1	PA, QL
Nerlynx (tableta)	1	PA, QL, LA	Retinoides		
Nexavar (tableta)	1	PA, LA	Bexarotene (cápsula)	1	PA
Odomzo (cápsula)	1	PA, QL, LA	Panretin (gel)	1	
Rydapt (cápsula)	1	PA, QL	Targretin (1% gel)	1	PA
Sprycel (tableta)	1	PA, QL	Tretinoin (10mg cápsula)	1	
Stivarga (tableta)	1	PA, QL, LA	Medicamentos complementarios en el tratamiento		
Sutent (cápsula)	1	PA, QL	Mesnex (400mg tableta)	1	
Tafinlar (cápsula)	1	PA, LA	Antiparasitarios		
Tagrisso (tableta)	1	PA, QL, LA	Antihelmínticos		
Tarceva (tableta)	1	PA, QL, LA	Albendazole (tableta)	1	QL
Tasigna (cápsula)	1	PA, QL	Albenza (tableta)	1	QL
Tibsovo (tableta)	1	PA, QL	Biltricide (tableta)	1	
Tykerb (tableta)	1	PA, LA	Ivermectin (tableta)	1	
Venclexta (100mg tableta, 50mg tableta)	1	PA, QL, LA	Praziquantel (tableta)	1	
Venclexta (10mg tableta)	1	PA, QL, LA	Antiprotozoarios		
Venclexta Starting Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	PA, LA	Alinia (100mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1	
Vitrakvi (100mg cápsula, 25mg cápsula, 20mg/ml solución)	1	PA, QL	Atovaquone (suspensión)	1	
Vizimpro (tableta)	1	PA, QL	Atovaquone/Proguanil HCl (tableta) (Malarone genérico)	1	
Votrient (tableta)	1	PA, QL, LA	Benznidazole (tableta)	1	
Xalkori (cápsula)	1	PA, LA	Chloroquine Phosphate (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
Coartem (tableta)	1	
DARAPRIM (tableta)	1	
Hydroxychloroquine Sulfate (tableta)	1	
Mefloquine HCl (tableta)	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 (tableta)	1	
Trihexyphenidyl HCl (tónico)	1	
Trihexyphenidyl HCl (tableta)	1	
Antiparkinsonianos, otros		
Amantadine HCl (100mg cápsula, 100mg tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amantadine HCl (50mg/5ml jarabe)	1	
Entacapone (tableta)	1	
Tolcapone (tableta)	1	QL
Agonistas dopaminérgicos		
Apokyn (inyección)	1	PA, QL, LA
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	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Rytary (cápsula de liberación prolongada)	1	ST	Haloperidol (0.5mg tableta, 10mg tableta, 1mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta, 2mg/ml concentrado)	1	
Stalevo 100 (tableta)	1	PA	Haloperidol Decanoate (inyección)	1	
Stalevo 125 (tableta)	1	PA	Haloperidol Lactate (inyección)	1	
Stalevo 150 (tableta)	1	PA	Loxapine Succinate (cápsula)	1	
Stalevo 200 (tableta)	1	PA	Molindone HCl (tableta)	1	
Stalevo 50 (tableta)	1	PA	Pimozide (tableta)	1	
Stalevo 75 (tableta)	1	PA	Thioridazine HCl (tableta)	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)			Thiothixene (cápsula)	1	
Rasagiline Mesylate (tableta)	1		Trifluoperazine HCl (tableta)	1	
Selegiline HCl (5mg cápsula, 5mg tableta)	1		2.ª generación/atípicos		
Zelapar (tableta dispersable)	1		Abilify Maintena (inyección)	1	
Antipsicóticos			Aripiprazole (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 30mg tableta, 5mg tableta)	1	QL
1.ª generación/típicos			Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	1	QL
Chlorpromazine HCl (tableta)	1		Aripiprazole ODT (tableta dispersable)	1	QL
Fluphenazine Decanoate (inyección)	1		Aristada (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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Aristada Inicio (jeringa precargada)	1		Olanzapine (10mg tableta, 15mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 7.5mg tableta)	1	QL
Fanapt (10mg tableta, 12mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)	1	QL, ST	Olanzapine ODT (tableta dispersable)	1	QL
Fanapt (1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta)	1	QL, ST	Paliperidone ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Fanapt Titration Pack (tableta)	1	ST	Perseris (jeringa precargada)	1	
Geodon (20mg inyección)	1		Quetiapine Fumarate (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Invega Sustenna (117mg/0.75ml inyección, 156mg/ml inyección, 234mg/1.5ml inyección, 78mg/0.5ml inyección)	1		Quetiapine Fumarate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Invega Sustenna (39mg/0.25ml inyección)	1		Rexulti (tableta)	1	QL
Invega Trinza (inyección)	1		Risperdal Consta (12.5mg inyección, 25mg inyección)	1	
Latuda (tableta)	1	QL	Risperdal Consta (37.5mg inyección, 50mg inyección)	1	
Nuplazid (10mg tableta, 34mg cápsula)	1	PA, QL	Risperidone (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 3mg tableta, 4mg tableta)	1	
Olanzapine (10mg inyección)	1		Risperidone (1mg/ml solución oral)	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
Risperidone ODT (tableta dispersable)	1		Valganciclovir Hydrochlorde (solución oral)	1	QL
Saphris (tableta sublingual)	1	QL	Zirgan (gel)	1	
Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)	1	QL, ST	Antihepatitis B (HBV)		
Vraylar (cápsula, paquete de tratamiento)	1	ST	Adefovir Dipivoxil (tableta)	1	
Ziprasidone HCl (cápsula)	1	QL	Baraclude (0.05mg/ml solución oral)	1	
Zyprexa Relprevv (inyección)	1		Entecavir (tableta)	1	
Resistentes al tratamiento			Epivir HBV (5mg/ml solución oral)	1	
Clozapine (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 200mg tableta)	1		Lamivudine (100mg tableta)	1	
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable, 12.5mg tableta dispersable, 150mg tableta dispersable, 25mg tableta dispersable)	1	QL	Vemlidy (tableta)	1	QL
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	1	QL	Antihepatitis C (HCV), otros agentes		
Versacloz (suspensión)	1		Intron A (inyección)	1	PA, LA
Antivirales			Pegasys (inyección)	1	PA
Anticitomegalovirus (CMV)			Pegasys ProClick (inyección)	1	PA
Valganciclovir (tableta)	1	QL	Ribasphere (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
			Ledipasvir/Sofosbuvir (tableta)	1	PA, QL
			Mavyret (tableta)	1	PA, 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
Sofosbuvir/Velpatasvir (tableta)	1	PA, QL
Sovaldi (tableta)	1	PA, QL
Vosevi (tableta)	1	PA, QL
Antiherpéticos		
Acyclovir (200mg cápsula)	1	
Acyclovir (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)		
Dovato (tableta)	1	QL
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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)		
Atripla (tableta)	1	QL
Complera (tableta)	1	QL
Delstrigo (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 (200mg tableta de liberación inmediata)	1	QL
Nevirapine (50mg/5ml suspensión)	1	QL
Nevirapine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Odefsey (tableta)	1	QL
Pifeltro (tableta)	1	QL
Rescriptor (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
Sustiva (200mg cápsula, 600mg tableta)	1	QL	Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	1	QL
Sustiva (50mg cápsula)	1	QL	Truvada (tableta)	1	QL
Symfi (tableta)	1	QL	Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Symfi Lo (tableta)	1	QL	Videx Pediatric (solución oral)	1	QL
Viramune (50mg/5ml suspensión)	1	QL	Viread (150mg tableta, 200mg tableta, 250mg tableta, 40mg/gm polvo)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa (NRTI)			Zidovudine (100mg cápsula, 300mg tableta, 50mg/5ml jarabe)	1	QL
Abacavir (20mg/ml solución oral, 300mg tableta)	1	QL	Antirretrovirales, otros		
Abacavir Sulfate/ Lamivudine (tableta)	1	QL	Fuzeon (inyección)	1	QL
Abacavir Sulfate/ Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL	Selzentry (150mg tableta, 300mg tableta, 75mg tableta, 20mg/ml solución oral)	1	QL
Biktarvy (tableta)	1	QL	Selzentry (25mg tableta)	1	QL
Cimduo (tableta)	1	QL	Antirretrovirales, inhibidores de la proteínasa		
Descovy (tableta)	1	QL	Aptivus (100mg/ml solución oral, 250mg cápsula)	1	QL
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	1	QL	Atazanavir Sulfate (cápsula)	1	QL
Emtriva (10mg/ml solución oral, 200mg cápsula)	1	QL	Crixivan (cápsula)	1	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral, 150mg tableta, 300mg tableta)	1	QL	Evotaz (tableta)	1	QL
Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL			
Stavudine (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
Fosamprenavir Calcium (tableta)	1	QL
Invirase (tableta)	1	QL
Kaletra (100mg-25mg tableta)	1	QL
Kaletra (200mg-50mg tableta)	1	QL
Lexiva (50mg/ml suspensión)	1	QL
Lopinavir/Ritonavir (solución oral)	1	QL
Norvir (100mg paquete, 100mg tableta, 80mg/ml solución oral)	1	QL
Prezcobix (tableta)	1	QL
Prezista (100mg/ml suspensión, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	QL
Prezista (150mg tableta, 75mg tableta)	1	QL
Reyataz (50mg paquete)	1	QL
Ritonavir (tableta)	1	QL
Symtuza (tableta)	1	QL
Viracept (tableta)	1	QL
Antigripales		
Oseltamivir Phosphate (30mg cápsula, 45mg cápsula, 75mg cápsula, 6mg/ml suspensión)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)	1	QL
Rimantadine HCl (tableta)	1	
Xofluza (tableta, paquete de tratamiento)	1	QL
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
Buspirone HCl (tableta)	1	
Hydroxyzine HCl (10mg tableta, 25mg tableta, 10mg/5ml jarabe)	1	
Hydroxyzine HCl (50mg 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
Diazepam (10mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta)	1	QL
Diazepam (5mg/5ml solución oral)	1	
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado)	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
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	QL	Glimepiride (tableta)	1	QL
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	1	QL	Glipizide (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Bipolares			Glipizide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Estabilizadores del estado de ánimo			Glipizide/Metformin HCl (tableta)	1	QL
Divalproex Sodium (cápsula esparcible de liberación retardada)	1		Glyxambi (tableta)	1	QL
Divalproex Sodium DR (tableta de liberación retardada)	1		Invokamet (tableta)	1	QL
Divalproex Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Invokamet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Lithium (solución oral)	1		Invokana (tableta)	1	QL
Lithium Carbonate (cápsula de liberación inmediata, tableta de liberación inmediata)	1		Janumet (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Lithium Carbonate ER (tableta de liberación prolongada)	1		Janumet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Reguladores de la glucemia			Januvia (tableta)	1	QL
Antidiabéticos			Jardiance (tableta)	1	QL
Acarbose (tableta)	1	QL	Jentaduetto (tableta)	1	QL
Avandia (tableta)	1	PA, QL	Jentaduetto XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Bydureon Bcise (autoinyectable)	1	QL	Kombiglyze XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Bydureon Pen (inyección)	1	QL	Metformin HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Byetta (inyección)	1	QL			
Cycloset (tableta)	1	PA, 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
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/ Glimpiride (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl/ Metformin HCl (tableta)	1	QL
Repaglinide (tableta)	1	QL
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	1	QL
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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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	
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	

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
Humulin R U-500 Vial (concentrado) (inyección)	1		Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml inyección)	1	
Humulin R Vial (inyección)	1		Heparin Sodium (10000 unidades/ml inyección, 20000 unidades/ml inyección, 5000 unidades/ml inyección)	1	
Lantus SoloStar (inyección)	1		Heparin Sodium (1000 unidades/ml inyección)	1	B/D, PA
Lantus Vial (inyección)	1		Jantoven (tableta)	1	
Levemir FlexTouch (inyección)	1		Pradaxa (cápsula)	1	QL
Levemir Vial (inyección)	1		Warfarin Sodium (tableta)	1	
Toujeo Max Solostar (inyección)	1		Xarelto (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2.5mg tableta)	1	QL
Toujeo SoloStar (inyección)	1		Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	QL
Tresiba (inyección)	1		Modificadores hematopoyéticos		
Tresiba FlexTouch (inyección)	1		Anagrelide HCl (cápsula)	1	
Hemoderivados, modificadores/expansores de volumen de sangre					
Anticoagulantes					
Coumadin (tableta)	1				
Eliquis (tableta)	1	QL			
Eliquis Starter Pack (tableta)	1	QL			
Enoxaparin Sodium (inyección)	1	QL			
Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml inyección, 5mg/0.4ml inyección, 7.5mg/0.6ml 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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	Procrit (10000 unidades/ml inyección, 2000 unidades/ml inyección, 3000 unidades/ml inyección, 4000 unidades/ml inyección)	1	PA
Aranesp Albumin Free (10mcg/0.4ml inyección, 25mcg/0.42ml inyección, 25mcg/ml inyección, 40mcg/0.4ml inyección, 40mcg/ml inyección)	1	PA	Procrit (20000 unidades/ml inyección, 40000 unidades/ml inyección)	1	PA
Granix (300mcg/0.5ml inyección, 480mcg/0.8ml inyección, 300mcg/ml solución, 480mcg/1.6ml solución)	1	ST	Promacta (12.5mg paquete, 12.5mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)	1	PA, QL, LA
Leukine (inyección)	1	PA	Retacrit (10000unidades/ml solución, 2000unidades/ml solución, 3000unidades/ml solución, 4000unidades/ml solución)	1	PA
Neulasta (inyección)	1	PA	Retacrit (40000unidades/ml solución)	1	PA
Neupogen (inyección)	1	ST	Zarxio (jeringa precargada con solución)	1	
			Hemostasis		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Tranexamic Acid (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		
Agonistas alfa adrenérgicos		
Clonidine HCl (0.1mg 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	
Clonidine HCl (0.2mg tableta de liberación inmediata)	1	
Methyldopa (tableta)	1	
Midodrine HCl (tableta)	1	
Northera (cápsula)	1	PA, QL, LA
Bloqueantes alfa adrenérgicos		
Doxazosin Mesylate (tableta)	1	
Phenoxybenzamine HCl (cápsula)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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
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		

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
Amiodarone HCl (200mg tableta)	1	
Dofetilide (cápsula)	1	
Flecainide Acetate (tableta)	1	
Mexiletine HCl (cápsula)	1	
Multaq (tableta)	1	QL
Pacerone (200mg tableta)	1	
Propafenone HCl (tableta)	1	
Propafenone HCl ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	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 (tableta)	1	

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	
Nadolol (tableta)	1	
Pindolol (tableta)	1	
Propranolol HCl (20mg/5ml solución oral, 40mg/5ml solución oral)	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		
Amlodipine Besylate (tableta)	1	
Cartia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Dilt-XR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	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	
Diltiazem HCl (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 (cápsula)	1		Verapamil HCl ER (120mg tableta de liberación prolongada, 180mg tableta de liberación prolongada, 240mg tableta de liberación prolongada)	1	
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL			
Nimodipine (cápsula)	1				
Nymalize (solución oral)	1		Verapamil HCl SR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Taztia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1		Agentes cardiovasculares, otros		
Verapamil HCl (40mg tableta de liberación inmediata, 80mg tableta de liberación inmediata)	1		Amiloride/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Verapamil HCl (120mg tableta de liberación inmediata)	1		Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium (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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl (cápsula)	1	QL	Digoxin (125mcg tableta, 250mcg tableta)	1	
Amlodipine Besylate/ Valsartan (tableta)	1	QL	Edarbyclor (tableta)	1	QL
Amlodipine/ Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL	Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Entresto (tableta)	1	QL
Atenolol/ Chlorthalidone (tableta)	1		Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Irbesartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
BiDil (tableta)	1	QL	Lanoxin (125mcg tableta, 250mcg tableta, 62.5mcg tableta)	1	
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Lisinopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Captopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Methyldopa/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Corlanor (tableta)	1	PA, QL	Metoprolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Demser (cápsula)	1		Nadolol/ Bendroflumethiazide (tableta)	1	
Digitex (tableta)	1				
Digox (tableta)	1				
Digoxin (0.05mg/ml solución oral)	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
Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Triamterene/ Hydrochlorothiazide (37.5mg-25mg tableta, 75mg-50mg tableta, 25mg-37.5mg cápsula)	1	
Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Pentoxifylline ER (tableta de liberación prolongada)	1		Diuréticos, inhibidores de carbonato deshidratasa		
Propranolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1		Acetazolamide (tableta de liberación inmediata)	1	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Acetazolamide ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Ranexa (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL	Methazolamide (tableta)	1	
Ranolazine ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL	Diuréticos de asa		
Spirolactone/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1		Bumetanide (0.25mg/ ml inyección)	1	
Telmisartan/ Amlodipine (tableta)	1	QL	Bumetanide (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	
Telmisartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	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	

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
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	
Chlorthalidone (tableta)	1	
Diuril (suspensión)	1	
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 (134mg cápsula, 200mg cápsula, 67mg cápsula)	1	
Fenofibric Acid (105mg tableta)	1	
Fenofibric Acid (35mg tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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
Dislipidémicos, otros		
Cholestyramine (paquete)	1	
Cholestyramine Light (polvo)	1	
Colesevelam HCl (3.75gm paquete, 625mg 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

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
Kynamro (inyección)	1	PA, LA	Isosorbide Mononitrate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Niacin ER (tableta de liberación prolongada)	1		Minitran (parche 24 horas)	1	
Niacor (tableta)	1		Nitro-Bid (ungüento)	1	
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula) (Lovaza genérico)	1	QL	Nitroglycerin (tableta sublingual)	1	
Praluent (inyección)	1	PA, QL, LA	Nitroglycerin Lingual (solución translingual)	1	
Prevalite (paquete)	1		Nitroglycerin Transdermal (parche 24 horas)	1	
Repatha (inyección)	1	PA, QL	Nitrostat (tableta sublingual)	1	
Repatha Pushtrox System (inyección)	1	PA, QL	Agentes del sistema nervioso central		
Repatha SureClick (inyección)	1	PA, QL	Agentes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		
Vascepa (cápsula)	1				
Welchol (3.75gm Packet)	1				
Vasodilatadores arteriales de acción directa					
Hydralazine HCl (tableta)	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				

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 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	Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
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		
			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	

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
Guanfacine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Duloxetine HCl (20mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	1	QL	Duloxetine HCl (30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Methylphenidate HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	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 (10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	QL	Savella (tableta)	1	
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada, 20mg tableta de liberación prolongada)	1	QL	Savella Titration Pack	1	
Agentes del sistema nervioso central, otros			Agentes para la esclerosis múltiple		
Austedo (tableta)	1	PA, QL, LA	Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL, LA
Ingrezza (cápsula)	1	PA, QL	Aubagio (tableta)	1	QL, LA
Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL	Avonex (inyección)	1	
Nuedexta (cápsula)	1	PA	Avonex Pen (inyección)	1	
Riluzole (tableta)	1		Betaseron (inyección)	1	
Tetrabenazine (tableta)	1	PA, QL, LA	Dalfampridine ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
Agentes para la fibromialgia			Gilenya (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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución)	1		Ammonium Lactate (12% crema, 12% loción)	1	
Glatopa (inyección)	1		Azelaic Acid (gel)	1	
Rebif (inyección)	1		Calcipotriene (0.005% crema, 0.005% solución externa, 0.005% ungüento)	1	
Rebif Rebidose (inyección)	1		Calcitriol (3mcg/gm ungüento)	1	
Rebif Rebidose Titration Pack (inyección)	1		Carac (crema)	1	PA
Rebif Titration Pack (inyección)	1		Claravis (cápsula)	1	PA
Tecfidera (cápsula de liberación retardada)	1	QL, LA	Clindamycin Phosphate (1% solución externa, 1% gel, 1% loción, 1% hisopo)	1	
Tecfidera Starter Pack	1	LA	Clindamycin/Benzoyl Peroxide (1%-5% gel) (BenzaClin genérico)	1	
Agentes dentales y bucales			Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% crema)	1	
Agentes dentales y bucales			Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% loción)	1	
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse (solución)	1		Cortisporin (0.5%-0.5% crema, 1%-0.5% ungüento)	1	
Pilocarpine HCl (5mg tableta, 7.5mg tableta)	1		Cosentyx (inyección)	1	PA, LA
Triamcinolone Acetonide Dental Paste (pasta)	1		Cosentyx Sensoready Pen (inyección)	1	PA, LA
Agentes dermatológicos					
Agentes dermatológicos					
Acitretin (cápsula)	1				
Adapalene (0.1% crema)	1				
Adapalene (0.1% gel)	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
Diclofenac Sodium (3% gel)	1	PA	Santyl (ungüento)	1	
Doxepin HCl (crema)	1	PA, QL	Selenium Sulfide (loción)	1	
Elidel (crema)	1	ST	Stelara (inyección)	1	PA
Ery (2% almohadilla)	1		Tacrolimus (0.03% ungüento, 0.1% ungüento)	1	ST
Erythromycin (2% solución externa)	1		Tazarotene (crema)	1	PA
Erythromycin (2% gel)	1		Tazorac (0.05% crema, 0.1% gel)	1	PA
Erythromycin/Benzoyl Peroxide (gel)	1		Tazorac (0.05% gel)	1	PA
Finacea (15% espuma, 15% gel)	1		Tolak (crema)	1	
Fluorouracil (0.5% crema)	1		Tretinoin (0.01% gel, 0.025% gel, 0.025% crema, 0.05% crema, 0.1% crema)	1	PA
Fluorouracil (2% solución externa, 5% solución externa)	1		Tretinoin Microsphere (gel)	1	PA
Fluorouracil (5% crema)	1		Zyclara Pump (crema)	1	PA
Imiquimod (5% crema)	1		Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Imiquimod Pump (3.75% crema)	1	PA	Reemplazos de electrolitos/minerales		
Isotretinoin (cápsula)	1	PA	Aminosyn 7%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Methoxsalen (cápsula)	1		Aminosyn 8.5%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Mirvaso (gel)	1		Aminosyn II (inyección)	1	B/D, PA
Oxsoralen Ultra (cápsula)	1		Aminosyn II 8.5%/ Electrolytes (inyección)	1	B/D, PA
Picato (gel)	1		Aminosyn-HBC (inyección)	1	B/D, PA
Pimecrolimus (crema)	1	ST			
Podofilox (solución externa)	1				
Prudoxin (crema)	1	PA, QL			
Regranex (gel)	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Aminosyn-PF (inyección)	1	B/D, PA	Isolyte-S (inyección)	1	
Aminosyn-RF (inyección)	1	B/D, PA	KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Carbaglu (tableta)	1	LA	KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2% (inyección)	1	
Dextrose 10% (inyección)	1		KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Dextrose 10%/NaCl 0.2% (inyección)	1		KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9% (inyección)	1	
Dextrose 10%/NaCl 0.45% (inyección)	1		KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)	1	
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45% (inyección)	1		KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9% (inyección)	1	
Dextrose 5% (inyección)	1	B/D, PA	Klor-Con (paquete)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.2% (inyección)	1		Klor-Con 10 (tableta de liberación prolongada)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.225% (inyección)	1		Klor-Con 8 (tableta de liberación prolongada)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.33% (inyección)	1		Klor-Con M10 (tableta de liberación prolongada)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.45% (inyección)	1		Klor-Con M15 (tableta de liberación prolongada)	1	
Dextrose 5%/NaCl 0.9% (inyección)	1	B/D, PA	Klor-Con M20 (tableta de liberación prolongada)	1	
FreAmine HBC 6.9% (inyección)	1	B/D, PA	Klor-Con Sprinkle (cápsula de liberación prolongada)	1	
HepatAmine (inyección)	1	B/D, PA			
Intralipid (inyección)	1	B/D, PA			
Ionosol-MB/Dextrose 5% (inyección)	1				
Isolyte-P/Dextrose 5% (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
Levocarnitine (1gm/10ml solución oral)	1		Potassium Chloride (2meq/ml inyección)	1	B/D, PA
Levocarnitine (330mg tableta)	1		Potassium Chloride CR (tableta de liberación prolongada)	1	
Magnesium Sulfate (1gm/2ml-50% inyección)	1		Potassium Chloride ER (10meq cápsula de liberación prolongada, 8meq cápsula de liberación prolongada)	1	
Magnesium Sulfate (5gm/10ml-50% inyección)	1		Potassium Chloride ER (10meq tableta de liberación prolongada, 20meq tableta de liberación prolongada, 8meq tableta de liberación prolongada)	1	
Nephramine (inyección)	1	B/D, PA	Potassium Chloride/ Dextrose (inyección)	1	B/D, PA
Normosol-M in D5W (inyección)	1		Potassium Chloride/ Dextrose/Lactated Ringers (inyección)	1	
Normosol-R (inyección)	1		Potassium Chloride/ Dextrose/Sodium Chloride (inyección)	1	
Normosol-R in D5W (inyección)	1		Potassium Chloride/ Sodium Chloride (20meq/L-0.45% inyección)	1	B/D, PA
Nutrilipid (inyección)	1	B/D, PA	Potassium Chloride/ Sodium Chloride (20meq/L-0.9% inyección, 40meq/L-0.9% inyección)	1	B/D, PA
Plasma-Lyte A (inyección)	1				
Plasma-Lyte-148 (inyección)	1				
Plenamaine (inyección)	1	B/D, PA			
Potassium Chloride (10% solución, 20% solución, 20meq paquete)	1				
Potassium Chloride (10meq/100ml inyección, 20meq/100ml inyección, 40meq/100ml 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 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
Sodium Chloride 0.9% (solución de irrigación)	1	
Sodium Chloride (0.9% inyección)	1	B/D, PA
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
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
Chemet (cápsula)	1	
Exjade (tableta soluble)	1	PA
Ferriprox (100mg/ml solución oral, 500mg tableta)	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Jadenu (tableta)	1	PA
Jadenu Sprinkle (paquete)	1	PA
Kionex (suspensión)	1	
Lokelma (paquete)	1	QL
Samsca (tableta)	1	PA, QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo)	1	
SPS (suspensión)	1	
Trientine HCl (cápsula)	1	PA, QL
Veltassa (paquete)	1	QL
Aglutinantes de fosfato		
Auryxia (tableta)	1	PA
Calcium Acetate (667mg cápsula, 667mg tableta)	1	
Lanthanum Carbonate (tableta masticable)	1	
Phoslyra (solución oral)	1	
Sevelamer Carbonate (0.8gm paquete, 2.4gm paquete)	1	
Sevelamer Carbonate (800mg tableta) (Renvela genérico)	1	
Velphoro (tableta masticable)	1	
Vitaminas		
VP-PNV-DHA (cápsula)	1	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		

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
Cuvposa (solución oral)	1		Zorbitive (inyección)	1	PA, LA
Dicyclomine HCl (10mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1		Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
Dicyclomine HCl (tableta)	1		Cimetidine (tableta)	1	
Methscopolamine Bromide (tableta)	1		Cimetidine HCl (solución oral)	1	
Agentes gastrointestinales, otros			Famotidine (20mg tableta, 40mg tableta)	1	
Chenodal (tableta)	1		Famotidine (40mg/5ml suspensión)	1	
Cromolyn Sodium (100mg/5ml concentrado)	1		Ranitidine HCl (150mg tableta, 300mg tableta)	1	
Diphenoxylate/ Atropine (2.5mg-0.025mg tableta, 2.5mg-0.025mg/5ml líquido)	1		Ranitidine HCl (75mg/5ml jarabe)	1	
Gattex (inyección)	1	PA, LA	Agentes para el síndrome del colon irritable		
Loperamide HCl (cápsula)	1		Alosetron HCl (tableta)	1	PA
Myalept (inyección)	1	PA, LA	Amitiza (cápsula)	1	QL
Relistor (12mg/0.6ml inyección, 8mg/0.4ml inyección)	1	PA	Linzees (cápsula)	1	QL
Relistor (150mg tableta)	1	PA, QL	Xifaxan (tableta)	1	PA
Serostim (inyección)	1	PA, LA	Laxantes		
Ursodiol (250mg tableta, 500mg tableta)	1		Clenpiq (solución oral)	1	
Ursodiol (300mg cápsula)	1		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	

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
Lactulose (10gm/15ml 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	
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
Lansoprazole (15mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Nexium (10mg paquete, 2.5mg paquete, 20mg paquete, 40mg paquete, 5mg paquete)	1	
Nexium (20mg cápsula de liberación retardada, 40mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Omeprazole (10mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Omeprazole (20mg cápsula de liberación retardada, 40mg 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		
Aralast NP (inyección)	1	PA, LA
Cholbam (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
Creon (cápsula de liberación retardada)	1		Oxybutynin Chloride (5mg tableta de liberación inmediata, 5mg/5ml jarabe)	1	
Cystadane (polvo)	1		Oxybutynin Chloride ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Cystagon (cápsula)	1	LA	Vesicare (tableta)	1	QL
Glassia (inyección)	1	PA, LA	Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
Kuvan (100mg paquete, 500mg paquete, 100mg tableta soluble)	1	LA	Alfuzosin HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Miglustat (cápsula)	1	PA, LA	Dutasteride (cápsula)	1	QL
Ocaliva (tableta)	1	PA, QL	Finasteride (5mg tableta) (Proscar genérico)	1	
Orfadin (10mg cápsula, 20mg cápsula, 2mg cápsula, 5mg cápsula, 4mg/ml suspensión)	1	LA	Rapaflo (cápsula)	1	QL
Prolastin-C (inyección)	1	PA, LA	Silodosin (cápsula)	1	QL
Ravicti (líquido)	1	QL, LA	Tamsulosin HCl (cápsula)	1	
Sodium Phenylbutyrate (3gm/TSP polvo, 500mg tableta)	1		Terazosin HCl (cápsula)	1	
Sucraid (solución oral)	1	LA	Agentes genitourinarios, otros		
Zemaira (inyección)	1	PA, LA	Bethanechol Chloride (tableta)	1	
Zenpep (cápsula de liberación retardada)	1		Cuprimine (cápsula)	1	PA
Agentes genitourinarios			Depen Titratabs (tableta)	1	
Antiespasmódicos, urinarios			Elmiron (cápsula)	1	
Myrbetriq (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Lithostat (tableta)	1	
			Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		

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
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)			Desonide (0.05% ungüento)	1	
Ala-Cort (crema)	1		Desoximetasone (0.05% crema, 0.25% crema)	1	
Alclometasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% 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	
Augmented Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1		Dexamethasone Intensol (1mg/ml concentrado)	1	
Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1		Fludrocortisone Acetate (tableta)	1	
Betamethasone Valerate (0.1% crema, 0.1% loción, 0.1% ungüento)	1		Fluocinolone Acetonide (0.01% crema, 0.01% solución externa, 0.025% crema, 0.025% ungüento)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% ungüento, 0.05% champú)	1		Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% solución externa)	1		Fluocinonide (0.05% solución externa, 0.05% gel, 0.05% ungüento)	1	
Clobetasol Propionate Emollient (0.05% crema)	1		Fluocinonide Emulsified Base (crema)	1	
Cordran (cinta)	1		Fluticasone Propionate (0.005% ungüento, 0.05% crema)	1	
Cortisone Acetate (tableta)	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
Halobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1		Prednisolone Sodium Phosphate (10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)	1	
Hydrocortisone (1% crema, 2.5% crema, 1% ungüento, 2.5% ungüento)	1		Prednisolone Sodium Phosphate (25mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	
Hydrocortisone (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 2.5% loción)	1		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	
Hydrocortisone Butyrate (0.1% ungüento)	1		Prednisone (5mg/5ml solución oral)	1	
Hydrocortisone Valerate (0.2% crema, 0.2% ungüento)	1		Prednisone Intensol (5mg/ml concentrado)	1	
Methylprednisolone (tableta)	1		Triamcinolone Acetonide (0.025% crema, 0.1% crema, 0.5% crema, 0.025% ungüento, 0.1% ungüento, 0.5% ungüento)	1	
Methylprednisolone Dose Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1		Triamcinolone Acetonide (0.025% loción, 0.1% loción)	1	
Mometasone Furoate (0.1% crema, 0.1% solución externa, 0.1% ungüento)	1		Triderm (crema)	1	
Prednicarbate (0.1% crema, 0.1% ungüento)	1				
Prednisolone (15mg/5ml solución oral)	1				
			Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		

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
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Desmopressin Acetate (0.01% solución atomizador nasal)	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, LA
Norditropin FlexPro (inyección)	1	PA
Nutropin AQ (inyección)	1	PA
Saizen (inyección)	1	PA, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Saizenprep Reconstitution Kit (inyección)	1	PA, LA
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Korlym (tableta)	1	PA, QL, LA
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas/modificadores sexuales)		
Andrógenos		
Anadrol-50 (tableta)	1	PA
Androderm (parche 24 horas)	1	QL
Danazol (cápsula)	1	
Oxandrolone (10mg tableta)	1	PA, QL
Oxandrolone (2.5mg tableta)	1	PA, QL
Testosterone (20.25mg/1.25gm 1.62% gel, 40.5mg/2.5gm 1.62% gel), Testosterone Pump (1.62% gel)	1	
Testosterone (25mg/2.5gm 1% gel, 50mg/5gm 1% gel)	1	
Testosterone Cypionate (inyección)	1	
Testosterone Enanthate (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
Testosterone Pump (1% gel)	1		Duavee (tableta)	1	
Estrógenos			Elestrin (gel)	1	
Altavera (tableta)	1		Emoquette (tableta)	1	
Alyacen 1/35 (tableta)	1		Enpresse-28 (tableta)	1	
Amethia (tableta)	1		Enskyce (tableta)	1	
Amethia Lo (tableta)	1		Estartylla (tableta)	1	
Apri (tableta)	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
Aranelle (tableta)	1		Estradiol (0.1mg/gm crema)	1	
Ashlyna (tableta)	1		Estradiol (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta) (Estrace genérico)	1	
Aubra (tableta)	1		Estradiol (10mcg tableta)	1	QL
Aviane (tableta)	1		Estradiol Valerate (inyección)	1	
Balziva (tableta)	1		Estring (anillo)	1	
Blisovi 24 Fe (tableta)	1		Ethinodiol Diacetate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Blisovi Fe 1.5/30 (tableta)	1		Falmina (tableta)	1	
Blisovi Fe 1/20 (tableta)	1		Fayosim (tableta)	1	
Briellyn (tableta)	1		Femring (anillo)	1	
Camrese Lo (tableta)	1		Femynor (tableta)	1	
Caziant (tableta)	1				
Climara Pro (parche semanal)	1				
Cryselle-28 (tableta)	1				
Cyclafem (tableta)	1				
Cyred Eq (tableta)	1				
Delyla (tableta)	1				
Depo-Estradiol (inyección)	1				
Desogestrel/Ethinyl Estradiol (tableta)	1				
Drospirenone/Ethinyl Estradiol (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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fyavolv (tableta)	1		Leena (tableta)	1	
Gianvi (tableta)	1		Lessina (tableta)	1	
Hailey 24 Fe (tableta)	1		Levonest (tableta)	1	
Imvexxy Maintenance Pack (insertable)	1	PA, QL	Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Imvexxy Starter Pack (insertable)	1	PA, QL	Levora 0.15/30-28 (tableta)	1	
Introvale (tableta)	1		Loryna (tableta)	1	
Isibloom (tableta)	1		Low-Ogestrel (tableta)	1	
Jasmiel (tableta)	1		Lutera (tableta)	1	
Jinteli (tableta)	1		Marlissa (tableta)	1	
Juleber (tableta)	1		Melodetta 24 Fe (tableta masticable)	1	
Junel 1.5/30 (tableta)	1		Menest (tableta)	1	
Junel 1/20 (tableta)	1		Mibelas 24 Fe (tableta masticable)	1	
Junel Fe 1.5/30 (tableta)	1		Microgestin 1.5/30 (tableta)	1	
Junel Fe 1/20 (tableta)	1		Microgestin 1/20 (tableta)	1	
Junel Fe 24 (tableta)	1		Microgestin Fe (tableta)	1	
Kaitlib Fe (tableta masticable)	1		Microgestin Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Kariva (tableta)	1		Mili (tableta)	1	
Kelnor 1/35 (tableta)	1		MonoNessa (tableta)	1	
Kelnor 1/50 (tableta)	1		Necon 0.5/35-28 (tableta)	1	
Kurvelo (tableta)	1		Nikki (tableta)	1	
LARIN 1.5/30 (tableta)	1		Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol (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				

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
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta)	1		Rivelsa (tableta)	1	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta masticable)	1		Setlakin (tableta)	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1		Sprintec 28 (tableta)	1	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta)	1		Sronyx (tableta)	1	
Nortrel 1/35 (tableta)	1		Syeda (tableta)	1	
Nortrel 7/7/7 (tableta)	1		Tarina 24 Fe (tableta)	1	
NuvaRing (anillo)	1		Tarina Fe 1/20 (tableta)	1	
Ocella (tableta)	1		Tri-Estarylla (tableta)	1	
Ogestrel (tableta)	1		Tri-Legest Fe (tableta)	1	
Orsythia (tableta)	1		Tri-Lo-Estarylla (tableta)	1	
Pimtreea (tableta)	1		Tri-Lo-Sprintec (tableta)	1	
Pirmella 1/35 (tableta)	1		Tri-Mili (tableta)	1	
Portia-28 (tableta)	1		Tri-Previfem (tableta)	1	
Premarin (0.3mg tableta, 0.45mg tableta, 0.625mg tableta, 0.9mg tableta, 1.25mg tableta)	1	QL	Tri-Sprintec (tableta)	1	
Premarin (crema vaginal)	1		Tri-VyLibra (tableta)	1	
Premphase (tableta)	1	QL	Tri-VyLibra Lo (tableta)	1	
Prempro (tableta)	1	QL	Trivora-28 (tableta)	1	
Previfem (tableta)	1		Velivet (tableta)	1	
Reclipsen (tableta)	1		Vienva (tableta)	1	
			Vyfemla (tableta)	1	
			VyLibra (tableta)	1	
			WYMZYA Fe (tableta masticable)	1	
			Xulane (parche semanal)	1	
			Yuvaferm (tableta)	1	QL
			Zarah (tableta)	1	
			Zovia 1/35E (tableta)	1	
			Progestinas		
			Camila (tableta)	1	
			Crinone (4% gel, 8% gel)	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
Deblitane (tableta)	1	
Depo-Provera (inyección)	1	
Errin (tableta)	1	
Incassia (tableta)	1	
Jolivette (tableta)	1	
Lyza (tableta)	1	
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	1	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml inyección)	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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Raloxifene HCl (tableta)	1	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Levothyroxine Sodium (tableta)	1	
Levoxyl (tableta)	1	
Liothyronine Sodium (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, LA
Firmagon (120mg inyección)	1	PA
Firmagon (80mg inyección)	1	PA
Leuprolide Acetate (inyección)	1	PA
Lupaneta Pack (paquete)	1	PA
Lupron Depot (1 mes) (inyección)	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Lupron Depot (3 meses) (inyección)	1	PA	Cyclosporine Modified (100mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Lupron Depot (4 meses) (inyección)	1	PA	Enbrel (inyección)	1	PA
Lupron Depot (6 meses) (inyección)	1	PA	Enbrel SureClick (inyección)	1	PA
Octreotide Acetate (inyección)	1	PA	Envarsus XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	B/D, PA
Signifor (inyección)	1	PA, LA	Gengraf (100mg cápsula, 25mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Somatuline Depot (inyección)	1		Humira (inyección)	1	PA
Somavert (inyección)	1	PA, QL, LA	Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack (inyección)	1	PA
Synarel (solución nasal)	1		Humira Pen (inyección)	1	PA
Trelstar Mixject (inyección)	1	PA	Humira Pen Crohns Disease Starter Pack (inyección)	1	PA
Agentes hormonales, supresores (tiroides)			Humira Pen-Psoriasis Starter (inyección)	1	PA
Agentes antitiroideos			Kineret (inyección)	1	PA
Methimazole (tableta)	1		Methotrexate (tableta)	1	
Propylthiouracil (tableta)	1		Methotrexate Sodium (inyección)	1	
Agentes inmunológicos			Mycophenolate Mofetil (200mg/ml suspensión)	1	B/D, PA
Agentes para el angioedema					
Berineret (inyección)	1	PA, LA			
Cinryze (inyección)	1	PA, LA			
Firazyr (inyección)	1	PA, QL, LA			
Haegarda (inyección)	1	PA, LA			
Ruconest (inyección)	1	PA, LA			
Supresores inmunológicos					
Azathioprine (tableta)	1	B/D, PA			
Cimzia (inyección)	1	PA			
Cyclosporine (cápsula)	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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Mycophenolate Mofetil (250mg cápsula, 500mg tableta)	1	B/D, PA	Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Mycophenolic Acid DR (tableta de liberación retardada)	1	B/D, PA	Zortress (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 0.75mg tableta, 1mg tableta)	1	B/D, PA
Orencia (inyección)	1	PA	Agentes de inmunización, pasivos		
Orencia Clickject (inyección)	1	PA	BIVIGAM (inyección)	1	PA
Prograf (0.2mg paquete, 1mg paquete)	1	B/D, PA	Flebogamma DIF (inyección)	1	PA
Rapamune (1mg/ml solución oral)	1	B/D, PA	Gammagard Liquid (inyección)	1	PA
Rasuvo (inyección)	1	PA	Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml (inyección)	1	PA
Sandimmune (100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA	Gammaked (inyección)	1	PA
Simponi (inyección)	1	PA	Gammaplex (inyección)	1	PA
Sirolimus (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	B/D, PA	Gamunex-C (inyección)	1	PA
Sirolimus (1mg/ml solución)	1	B/D, PA	Octagam (inyección)	1	PA
Tacrolimus (0.5mg cápsula, 1mg cápsula, 5mg cápsula)	1	B/D, PA	Panzyga (solución)	1	PA
Trexall (tableta)	1		Privigen (inyección)	1	PA
Xatmep (solución oral)	1	PA	Varizig (inyección)	1	
Xeljanz (10mg tableta, 5mg tableta)	1	PA, QL	Inmunomoduladores		
			Actemra (inyección)	1	PA
			Actemra Actpen (solución autoinyectable)	1	PA
			Actimmune (inyección)	1	LA

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
Arcalyst (inyección)	1	PA, LA	IPOL Inactivated IPV (inyección)	1	
Benlysta (inyección)	1	PA	Ixiaro (inyección)	1	
Leflunomide (tableta)	1		Kinrix (inyección)	1	
Otezla (tableta, paquete de tratamiento, 30mg tableta)	1	PA, LA	M-M-R II (inyección)	1	
Ridaura (cápsula)	1		Menactra (inyección)	1	
Xolair (150mg inyección, 150mg/ml jeringa precargada con solución, 75mg/0.5ml jeringa precargada con solución)	1	PA, LA	Menveo (inyección)	1	
Vacunas			Pediarix (inyección)	1	
ActHIB (inyección)	1		Pedvax HIB (inyección)	1	
Adacel (inyección)	1		ProQuad (inyección)	1	
BCG Vaccine (inyección)	1		Quadracel (inyección)	1	
Bexsero (inyección)	1		Rabavert (inyección)	1	B/D, PA
Boostrix (inyección)	1		Recombivax HB (inyección)	1	B/D, PA
Daptacel (inyección)	1		Rotarix (suspensión)	1	
Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric (inyección)	1		RotaTeq (solución oral)	1	
Engerix-B (inyección)	1	B/D, PA	Shingrix (inyección)	1	PA
Gardasil 9 (inyección)	1		Tenivac (inyección)	1	
Havrix (inyección)	1		Tetanus/Diphtheria Toxoids-Adsorbed Adult (inyección)	1	
Hiberix (inyección)	1		Trumenba (inyección)	1	
Imovax Rabies (H.D.C.V.) (inyección)	1	B/D, PA	Twinrix (inyección)	1	
Infanrix (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		

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
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 (1000mg supositorio)	1	
Mesalamine (4gm enema)	1	QL
Mesalamine DR (1.2gm tableta de liberación retardada)	1	QL
Pentasa (cápsula de liberación prolongada)	1	QL
Glucocorticoides		
Budesonide (3mg cápsula de liberación retardada)	1	
Budesonide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	ST
Colocort (enema)	1	
Hydrocortisone (100mg/60ml enema)	1	
Procto-Med HC (crema)	1	
Procto-Pak (crema)	1	
Proctosol HC (crema)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Proctozone-HC (crema)	1	
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
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
Doxercalciferol (cápsula)	1	B/D, PA, QL
Etidronate Disodium (tableta)	1	
Forteo (inyección)	1	PA, QL
Ibandronate Sodium (tableta)	1	QL
Natpara (inyección)	1	PA, LA
Paricalcitol (cápsula)	1	B/D, 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
Prolia (inyección)	1	QL	Neomycin/Bacitracin/ Polymyxin (ungüento)	1	
Rayaldee (cápsula de liberación prolongada)	1	QL	Neomycin/Polymyxin/ Bacitracin/ Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	1	
Risedronate Sodium (tableta de liberación inmediata)	1	QL	Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone (0.1% ungüento oftálmico, 0.1% suspensión oftálmica)	1	
Sensipar (tableta)	1	B/D, PA, QL	Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin (solución oftálmica)	1	
Tymlos (inyección)	1	PA, QL	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (1% suspensión oftálmica)	1	
Xgeva (inyección)	1	PA	Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate (solución oftálmica)	1	
Agentes terapéuticos varios			Pred-G (suspensión)	1	
Agentes terapéuticos varios			Pred-G S.O.P. (ungüento)	1	
Alcohol Prep Pads	1		Proparacaine HCl (solución oftálmica)	1	
Gauze (2X2 no medicinal)	1		Restasis (emulsión)	1	QL
Insulin Syringes, Needles	1		Rhopressa (solución oftálmica)	1	ST
Agentes oftálmicos			Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	1	
Agentes oftálmicos, otros			Tobradex (0.3%-0.1% ungüento oftálmico)	1	
Atropine Sulfate (solución oftálmica)	1				
Bacitracin/Polymyxin B (ungüento oftálmico)	1				
Blephamide (suspensión)	1				
Blephamide S.O.P. (ungüento)	1				
Cystaran (solución oftálmica)	1	LA			
Lacrisert (insertable)	1				
Lastacaft (solución oftálmica)	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
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	
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	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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	
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate (solución oftálmica)	1	
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate Preservative Free (solución)	1	
Levobunolol HCl (solución oftálmica)	1	
Phospholine Iodide (solución oftálmica)	1	
Pilocarpine HCl (1% solución oftálmica, 2% solución oftálmica, 4% solución oftálmica)	1	
Simbrinza (suspensión)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Timolol Maleate (0.25% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica) (Timoptic genérico)	1		Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	1	
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución)	1		Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	1	
Antiinflamatorios oftálmicos			Prolensa (solución oftálmica)	1	
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	1		Análogos de la prostaglandina y prostamida oftálmica		
Diclofenac Sodium (0.1% solución oftálmica)	1		Latanoprost (solución oftálmica)	1	
Durezol (emulsión)	1		Lumigan (solución oftálmica)	1	
Flarex (suspensión)	1		Travatan Z (solución oftálmica)	1	
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	1		Vyzulta (solución oftálmica)	1	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	1		Zioptan (solución oftálmica)	1	
FML (ungüento)	1		Agentes óticos		
FML Forte (suspensión)	1		Agentes óticos		
Ilevro (suspensión)	1		Acetic Acid (solución ótica)	1	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	1		Cipro HC (suspensión)	1	
Lotemax (0.5% gel, 0.5% ungüento, 0.5% suspensión)	1		Ciprodex (suspensión ótica)	1	
Lotemax SM (gel)	1		Coly-Mycin S (suspensión)	1	
Pred Mild (suspensión)	1		Flac (aceite)	1	
			Fluocinolone Acetonide (0.01% aceite ótico)	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/Acetic Acid (solución ótica)	1	
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone (1% solución ótica, 1% suspensión ótica)	1	
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio		
Antihistamínicos		
Azelastine HCl (0.15% solución nasal)	1	
Azelastine HCl (0.1% solución nasal)	1	
Cetirizine HCl (solución oral)	1	
Cyproheptadine HCl (2mg/5ml jarabe, 4mg tableta)	1	
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	1	QL
Phenadoz (supositorio)	1	
Promethazine HCl (12.5mg supositorio, 25mg supositorio)	1	
Promethazine HCl (12.5mg tableta, 6.25mg/5ml jarabe)	1	
Promethazine HCl (25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Promethegan (25mg supositorio)	1	
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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
Flunisolide (solución nasal)	1	
Fluticasone Propionate (50mcg/act suspensión)	1	
Mometasone Furoate (50mcg/act suspensión)	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

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
Broncodilatadores, anticolinérgicos			Epinephrine (0.15mg/0.3ml inyección, 0.3mg/0.3ml inyección) (EpiPen genérico)		
Atrovent HFA (solución en aerosol)	1			1	QL
Incruse Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL	EpiPen (inyección)	1	QL
Ipratropium Bromide (0.02% solución para inhalar)	1	B/D, PA	Levalbuterol HCl (solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Ipratropium Bromide (0.03% solución nasal, 0.06% solución nasal)	1		Metaproterenol Sulfate (10mg tableta, 20mg tableta, 10mg/5ml jarabe)	1	
Lonhala Magnair Starter Kit (solución para inhalar)	1	QL	Perforomist (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
Spiriva HandiHaler (cápsula)	1	QL	ProAir HFA (solución en aerosol)	1	
Spiriva Respimat (solución en aerosol)	1	QL	ProAir RespiClick (polvo en aerosol)	1	
Broncodilatadores, simpaticomiméticos			Serevent Diskus (polvo en aerosol)	1	QL
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	Agentes para la fibrosis quística		
Albuterol Sulfate (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata)	1		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, LA
			Orkambi (paquete, tableta)	1	PA, QL, LA
			TOBI Podhaler (cápsula)	1	PA, 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
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		
Daliresp (tableta)	1	PA, QL
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, LA
Alyq (tableta)	1	PA, QL
Letairis (tableta)	1	PA, QL, LA
Opsumit (tableta)	1	PA, LA
Orenitram (0.125mg tableta de liberación prolongada)	1	PA, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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, LA
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	1	PA, QL
Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta, 32mg tableta soluble)	1	PA, QL, LA
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

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
Breo Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL	Baclofen (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Combivent Respimat (solución en aerosol)	1		Chlorzoxazone (500mg tableta)	1	
Dulera (aerosol)	1	QL	Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Dymista (suspensión)	1		Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta)	1	
Fluticasone Propionate/Salmeterol (polvo en aerosol)	1	QL	Dantrolene Sodium (cápsula)	1	
Fluticasone Propionate/Salmeterol Diskus (polvo en aerosol)	1	QL	Tizanidine HCl (2mg tableta, 4mg tableta)	1	
Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate (solución para inhalar)	1	B/D, PA	Agentes para trastornos del sueño		
Nucala (inyección)	1	PA, QL, LA	Moduladores receptores de GABA		
Pulmozyme (solución para inhalar)	1	B/D, PA, QL	Temazepam (15mg cápsula, 30mg cápsula)	1	QL
Stiolto Respimat (solución en aerosol)	1	QL	Zaleplon (cápsula)	1	QL
Symbicort (aerosol)	1	QL	Zolpidem Tartrate (10mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)	1	QL	Trastornos del sueño, otros		
Wixela Inhub (polvo en aerosol) (Advair genérico)	1	QL	Belsomra (tableta)	1	QL
Relajantes de músculos esqueléticos			Hetlioz (cápsula)	1	PA, QL, LA
Relajantes de músculos esqueléticos			Modafinil (tableta)	1	PA, QL
			Rozerem (tableta)	1	QL
			Xyrem (solución oral)	1	PA, QL, LA

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

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 (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Abacavir Sulfate/Lamivudine/Zidovudine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Abiraterone Acetate (tableta)	Máximo de 8 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
Aimovig (140mg/ml solución autoinyector)	Máximo de 1 ml (1 pluma) cada 30 días
Aimovig (70mg/ml solución autoinyector)	Máximo de 2 ml cada 30 días
Albendazole (tableta)	Máximo de 16 tabletas por día
Albenza (tableta)	Máximo de 16 tabletas por día
Alecensa (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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 4 tabletas por día
Alunbrig (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 1 paquete (30 tabletas) cada 30 días
Alyq (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Androderm (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Anoro Eliipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Apokyn (inyección)	Máximo de 3 ml por día
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
Arnuty Eliipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Arnuty Eliipta (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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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
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
Buprenorphine (parche semanal)	Máximo de 4 parches cada 28 días
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl (12mg-3mg película, 4mg-1mg película)	Máximo de 2 películas por día
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl (2mg-0.5mg película, 8mg-2mg película)	Máximo de 3 películas 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 (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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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
Clobazam (10mg tableta, 20mg 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
Complera (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Copiktra (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Dalfampridine ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Daliresp (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Daurismo (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Daurismo (25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Delstrigo (tableta)	Máximo de 2 tabletas 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)	Máximo de 4 tabletas por día
Desvenlafaxine ER (25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	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
Diclofenac Epolamine (parche)	Máximo de 2 parches 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
Dovato (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Doxepin HCl (crema)	Máximo de 90 gramos cada 30 días
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 liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Duloxetine HCl (30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Dutasteride (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Edarbi (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Edarbyclor (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Eduvant (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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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 (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
EpiPen (inyección)	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
Eprosartan Mesylate (tableta)	Máximo de 1 tableta 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 liberación retardada) (Nexium genérico)	Máximo de 3 cápsulas por día
Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula 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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (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
Fluticasone Propionate/Salmeterol Diskus (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) 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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Glimepiride (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
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 (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 (7.5mg-325mg/15ml solución oral)	Máximo de 180 ml por día
Hydrocodone/Acetaminophen (10mg-325mg tableta, 5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg 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 50 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 6 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 (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
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
Imvexxy Maintenance Pack (insertable)	Máximo de 1 vaginal insertable por día
Imvexxy Starter Pack (insertable)	Máximo de 1 vaginal insertable por día
Incruse Eliipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Ingrezza (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 (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 (100mg 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

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
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
Ledipasvir/Sofosbuvir (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Letairis (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Levorphanol Tartrate (2mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Levorphanol Tartrate (3mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Lexiva (suspensión)	Máximo de 90 ml por día
Lialda (tableta de liberación retardada)	Máximo de 4 tabletas por día
Lidocaine (5% ungüento)	Máximo de 152 gramos cada 30 días

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Lidocaine (5% parche)	Máximo de 3 parches por día
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
Lokelma (paquete)	Máximo de 90 paquetes cada 30 días
Lonhala Magnair Starter Kit (solución para inhalar)	Máximo de 2 ampolletas (2 ml) 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
Lorbrena (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lorbrena (25mg tableta)	Máximo de 3 tabletas 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 (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lyrica (100mg cápsula, 150mg cápsula, 200mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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 (4gm enema)	Máximo de 1 frasco (60 ml) 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 (500mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 5 tabletas por día
Metformin HCl (850mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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 10 ml por día
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 100 ml por día
Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	Máximo de 50 ml por día
Morphine Sulfate (30mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 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
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 ampollita) en 28 días
Nerlynx (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine (200mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Nevirapine (50mg/5ml suspensión)	Máximo de 60 ml por día

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 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 (10mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Nuplazid (34mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula 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
Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Onglyza (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Orkambi (100mg-125mg paquete, 150mg-188mg paquete)	Máximo de 56 parches cada 28 días
Orkambi (100mg-125mg tableta, 200mg-125mg 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)	Máximo de 3 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (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 6 ml por día
Oxycodone HCl (10mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (15mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Oxycodone HCl (20mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 tabletas por día
Oxycodone HCl (30mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 130 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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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
Pifeltro (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Pioglitazone HCl (30mg tableta, 45mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl (15mg tableta)	Máximo de 3 tabletas 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
Prolia (inyección)	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
Promacta (12.5mg paquete)	Máximo de 6 paquetes por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Promacta (12.5mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Promacta (50mg tableta, 75mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Prudoxin (crema)	Máximo de 90 gramos cada 30 días
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
Ranolazine ER (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
Relistor (150mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Repaglinide (0.5mg tableta)	Máximo de 32 tabletas por día
Repaglinide (1mg tableta)	Máximo de 16 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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 Pushtonex 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
Restasis (emulsión)	Máximo de 2 ampolletas por día
Revlimid (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Rexulti (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Reyataz (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 (10mg tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate (5mg 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 (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
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	Máximo de 3 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Silodosin (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Sofosbuvir/Velpatasvir (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)	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)	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) (Imitrex genérico)	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 jeringa precargada con solución)	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
Sustiva (50mg cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Sustiva (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Sympazan (10mg película, 20mg película, 5mg película)	Máximo de 2 películas por día
Symtuza (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
Tagrisso (40mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tagrisso (80mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Talzenna (0.25mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Talzenna (1mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula 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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Thalomid (100mg cápsula, 50mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Thalomid (150mg cápsula, 200mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Tibsovo (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay (10mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay (50mg tableta)	Máximo de 3 tabletas 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 Elipta (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
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
Valganciclovir (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valganciclovir Hydrochloride (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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Venclexta (100mg tableta)	Máximo de 6 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 (500mg paquete)	Máximo de 6 paquetes por día
Vigabatrin (500mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Vigadrone (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)	Máximo de 2 tabletas por día
Viread (40mg/gm polvo)	Máximo de 6 frascos (360 gramos) cada 30 días
Vitrakvi (100mg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Vitrakvi (20mg/ml solución)	Máximo de 20 ml por día
Vitrakvi (25mg cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Vizimpro (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
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
Wixela Inhub (polvo en aerosol) (Advair genérico)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Xarelto (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Xarelto (15mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Xarelto (2.5mg 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
Xiidra (solución oftálmica)	Máximo de 2 ampolletas por día
Xofluza (tableta, paquete de tratamiento)	Máximo de 2 tabletas cada 30 días
Xospata (tableta)	Máximo de 3 tabletas 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
Yuvaferm (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
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 8 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Zytiga (500mg tableta)	Máximo de 4 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. 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: **1-866-480-1086**, TTY **711**
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

www.UHCCommunityPlan.com