

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (FORMULARIO) 2019



Información sobre la lista de medicamentos con receta

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

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



Llamada gratuita: **1-844-368-6885**, TTY **711**

de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



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: **1-844-368-6885**, TTY **711**

de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

¿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 mayo 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.

¿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 99-123.

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 **1-844-368-6885**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. 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.....	64
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	Ceftazidime.....	38
Brimonidine Tartrate.....	93	Caprelsa.....	51	Ceftriaxone Sodium.....	38
Briviact.....	42	Captopril.....	64	Cefuroxime Axetil.....	38
Bromocriptine Mesylate.....	53	Captopril/Hydrochlorothiazide	67	Cefuroxime Sodium.....	38
Budesonide.....	91, 95	Carac.....	73	Celecoxib.....	31
Budesonide ER.....	91	Carafate.....	79	Celontin.....	42
Bumetanide.....	68	Carbaglu.....	75	Cephalexin.....	38
Buprenorphine.....	32	Carbamazepine.....	43	Cesamet.....	47
Buprenorphine HCl.....	35	Carbamazepine ER.....	43	Cetirizine HCl.....	95
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl.....	35	Carbidopa.....	53	Chantix.....	35
Bupropion HCl.....	44	Carbidopa/Levodopa.....	53	Chantix Continuing Month Pak	35
Bupropion HCl SR.....	35, 44	Carbidopa/Levodopa ER.....	53	Chantix Starting Month Pak...35	
Bupropion HCl XL.....	44	Carbidopa/Levodopa ODT....	53	Chemet.....	77
Buspirone HCl.....	59	Carbidopa/Levodopa/ Entacapone.....	53	Chenodal.....	78
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine.....	31	Carimune Nanofiltered.....	89	Chlordiazepoxide HCl.....	59
Butalbital/Aspirin/Caffeine....	31	Carteolol HCl.....	93	Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse.....	73
Butorphanol Tartrate.....	33	Cartia XT.....	65	Chloroquine Phosphate.....	52
Bydureon Bcise.....	60	Carvedilol.....	65	Chlorothiazide.....	69
Bydureon Pen.....	60	Casposfungin Acetate.....	47	Chlorpromazine HCl.....	54
Byetta.....	60	Cayston.....	96	Chlorthalidone.....	69
Bystolic.....	65	Caziant.....	84	Chlorzoxazone.....	98
C					
Cabergoline.....	87	Cefaclor.....	37	Cholbam.....	79
Cabometyx.....	51	Cefadroxil.....	37	Cholestyramine.....	69
Calcipotriene.....	73	Cefazolin Sodium.....	37	Cholestyramine Light.....	69
Calcitonin-Salmon.....	91	Cefdinir.....	37	Ciclopirox.....	47
Calcitriol.....	73, 91	Cefepime.....	37	Ciclopirox Nail Lacquer.....	47
Calcium Acetate.....	77	Cefixime.....	37	Ciclopirox Olamine.....	47
Calquence.....	51	Cefotaxime Sodium.....	37	Cilostazol.....	64
Camila.....	86	Cefotetan.....	37	Ciloxan.....	40
Camrese Lo.....	84	Cefoxitin Sodium.....	37	Cimduo.....	58
Canasa.....	91	Cefpodoxime Proxetil.....	37	Cimetidine.....	78
Candesartan Cilexetil.....	64	Cefprozil.....	37	Cimetidine HCl.....	78
				Cimzia.....	88

Cinryze.....	88	Clozapine ODT.....	56	Cyclobenzaprine HCl.....	98
Cipro HC.....	94	Coartem.....	53	Cyclophosphamide.....	50
Ciprodex.....	94	Codeine Sulfate.....	33	Cycloset.....	60
Ciprofloxacin.....	40	Colchicine.....	48	Cyclosporine.....	88
Ciprofloxacin ER.....	40	Colcrys.....	48	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.....	87	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
		Cuprimine.....	80	Descovy.....	58
		Cuvposa.....	77	Desipramine HCl.....	46
		Cyclafem.....	84	Desmopressin Acetate.....	83

Desogestrel/Ethinyl Estradiol	84	Dicloxacillin Sodium.....	39	Doxercalciferol.....	91
Desonide.....	81	Dicyclomine HCl.....	78	Doxy 100.....	41
Desoximetasone.....	81	Didanosine.....	58	Doxycycline.....	41
Desvenlafaxine ER.....	45	Dificid.....	40	Doxycycline Hyclate.....	41
Dexamethasone.....	81	Diflunisal.....	31	Doxycycline Monohydrate....	41
Dexamethasone Intensol.....	81	Digitek.....	67	Dronabinol.....	47
Dexamethasone Sodium Phosphate.....	94	Digox.....	67	Drospirenone/Ethinyl Estradiol	84
Dexilant.....	79	Digoxin.....	67	Droxia.....	50
Dexmethylphenidate HCl.....	71	Dihydroergotamine Mesylate	49	Duavee.....	84
Dexmethylphenidate HCl ER	71	Dilantin.....	43	Dulera.....	98
Dextroamphetamine Sulfate	71	Dilantin INFATABS.....	43	Duloxetine HCl.....	72
Dextroamphetamine Sulfate ER	71	Dilt-XR.....	66	Duramorph.....	33
Dextrose 10%.....	75	Diltiazem HCl.....	66	Durezol.....	94
Dextrose 10%/NaCl 0.2%.....	75	Diltiazem HCl ER.....	66	Dutasteride.....	80
Dextrose 10%/NaCl 0.45%....	75	Dipentum.....	91	Dymista.....	98
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%... 75		Diphenoxylate/Atropine.....	78	Dyrenium.....	69
Dextrose 5%.....	75	Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric.....	90	E	
Dextrose 5%/NaCl 0.2%.....	75	Disulfiram.....	35	E.E.S. Granules.....	40
Dextrose 5%/NaCl 0.225%....	75	Diuril.....	69	Econazole Nitrate.....	47
Dextrose 5%/NaCl 0.33%.....	75	Divalproex Sodium.....	60	Edarbi.....	64
Dextrose 5%/NaCl 0.45%.....	75	Divalproex Sodium DR.....	60	Edarbyclor.....	67
Dextrose 5%/NaCl 0.9%.....	75	Divalproex Sodium ER.....	60	Edurant.....	57
Diastat AcuDial.....	42	Dofetilide.....	65	Efavirenz.....	57
Diastat Pediatric.....	42	Donepezil HCl.....	44	Egrifta.....	87
Diazepam.....	59	Donepezil HCl ODT.....	44	Elestrin.....	84
Diazepam Intensol.....	59	Doripenem.....	38	Elidel.....	74
Diclofenac Potassium.....	31	Dorzolamide HCl.....	93	Eliquis.....	62
Diclofenac Sodium....	31, 74, 94	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	93	Eliquis Starter Pack.....	62
Diclofenac Sodium DR.....	31	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate Preservative Free... 93		Elmiron.....	80
Diclofenac Sodium ER.....	31	Doxazosin Mesylate.....	64	Embeda.....	32
		Doxepin HCl.....	46, 74	Emcyt.....	50
				Emend.....	47
				Emoquette.....	84

Flunisolide.....	95	G	Glimepiride.....	60	
Fluocinolone Acetonide...81, 94		Gabapentin.....	42	Glipizide.....	60
Fluocinolone Acetonide Scalp	81	Galantamine HBr.....	44	Glipizide ER.....	60
Fluocinonide.....	81	Galantamine HBr ER.....	44	Glipizide/Metformin HCl.....	60
Fluocinonide Emulsified Base	81	Gammagard Liquid.....	89	GlucaGen HypoKit.....	61
Fluorometholone.....	94	Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml.....	89	Glucagon Emergency Kit.....	61
Fluorouracil.....	74	Gammaked.....	89	Glyxambi.....	60
Fluoxetine DR.....	45	Gammaplex.....	89	Granisetron HCl.....	47
Fluoxetine HCl.....	45	Gamunex-C.....	89	Granix.....	63
Fluphenazine Decanoate.....	54	Gardasil 9.....	90	Griseofulvin Microsize.....	48
Fluphenazine HCl.....	54	Gatifloxacin.....	40	Griseofulvin Ultramicrosize....	48
Flurbiprofen.....	31	Gattex.....	78	Guanfacine ER.....	72
Flurbiprofen Sodium.....	94	Gauze.....	92	Guanidine HCl.....	49
Flutamide.....	50	GaviLyte-C.....	78	H	
Fluticasone Propionate...82, 95		GaviLyte-G.....	78	Haegarda.....	88
Fluticasone Propionate/ Salmeterol.....	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.....	58	Gentamicin Sulfate.....	35, 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
Fuzeon.....	58	Gilenya.....	72	Humalog Junior KwikPen.....	61
Fyavolv.....	85	Gilotrif.....	51	Humalog KwikPen.....	61
Fycompa.....	43	Glassia.....	80	Humalog Mix 50/50 KwikPen	61
		Glatiramer Acetate.....	73	Humalog Mix 50/50 Vial.....	61
		Glatopa.....	73	Humalog Mix 75/25 KwikPen	61
		Gleostine.....	50	Humalog Mix 75/25 Vial.....	61

Humalog Vial.....	61	I	Invirase.....	58	
Humatrope.....	83	Ibandronate Sodium.....	91	Invokamet.....	60
Humatrope Combo Pack.....	83	Ibrance.....	51	Invokamet XR.....	60
Humira.....	88	Ibu.....	31	Invokana.....	60
Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack.....	88	Ibuprofen.....	31	Ionosol-MB/Dextrose 5%.....	75
Humira Pen.....	88	Iclusig.....	51	IPOL Inactivated IPV.....	90
Humira Pen Crohns Disease Starter Pack.....	88	Idhifa.....	51	Ipratropium Bromide.....	96
Humira Pen-Psoriasis Starter	88	Ilevro.....	94	Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate.....	98
Humulin 70/30 KwikPen.....	61	Imatinib Mesylate.....	51	Irbesartan.....	64
Humulin 70/30 Vial.....	61	Imbruvica.....	51	Irbesartan/Hydrochlorothiazide	67
Humulin N KwikPen.....	61	Imipenem/Cilastatin.....	38	Iressa.....	51
Humulin N Vial.....	61	Imipramine HCl.....	46	Isentress.....	57
Humulin R U-500 KwikPen.....	61	Imipramine Pamoate.....	46	Isentress HD.....	57
Humulin R U-500 Vial.....	61	Imiquimod.....	74	Isibloom.....	85
Humulin R Vial.....	61	Imiquimod Pump.....	74	Isolyte-P/Dextrose 5%.....	75
Hydralazine HCl.....	70	Imovax Rabies.....	90	Isolyte-S.....	75
Hydrochlorothiazide.....	69	Imvexxy Maintenance Pack...	85	Isoniazid.....	50
Hydrocodone/Acetaminophen	33	Imvexxy Starter Pack.....	85	Isosorbide Dinitrate.....	70
Hydrocodone/Ibuprofen.....	34	Incassia.....	87	Isosorbide Dinitrate ER.....	70
Hydrocortisone.....	82, 91	Increlex.....	83	Isosorbide Mononitrate.....	70
Hydrocortisone Butyrate.....	82	Incruse Ellipta.....	96	Isosorbide Mononitrate ER...	70
Hydrocortisone Valerate.....	82	Indapamide.....	69	Isotonic Gentamicin.....	36
Hydrocortisone/Acetic Acid	95	Indomethacin.....	32	Isotretinoin.....	74
Hydromorphone HCl.....	34	Infanrix.....	90	Itraconazole.....	48
Hydromorphone HCl ER.....	32	Ingrezza.....	72	Ivermectin.....	52
Hydroxychloroquine Sulfate	53	Inlyta.....	51	Ixiaro.....	90
Hydroxyurea.....	50	Insulin Syringes, Needles.....	92	J	
Hydroxyzine HCl.....	59	Intelence.....	57	Jadenu.....	77
Hydroxyzine Pamoate.....	46	Intralipid.....	75	Jadenu Sprinkle.....	77
Hysingla ER.....	32	Intron A.....	56	Jakafi.....	51
		Introvale.....	85	Jantoven.....	62
		Invanz.....	38	Janumet.....	60
		Invega Sustenna.....	55	Janumet XR.....	60
		Invega Trinza.....	55		

Januvia.....	60	Ketoprofen.....	32	LARIN 1/20.....	85
Jardiance.....	60	Ketorolac Tromethamine.....	94	LARIN Fe 1.5/30.....	85
Jasmiel.....	85	Kineret.....	88	LARIN Fe 1/20.....	85
Jentadueto.....	60	Kinrix.....	90	Larissia.....	85
Jentadueto XR.....	60	Kionex.....	77	Lastacaft.....	92
Jinteli.....	85	Kisqali.....	50	Latanoprost.....	94
Jolivette.....	87	Kisqali Femara 200 Dose.....	50	Latuda.....	55
Jublia.....	48	Kisqali Femara 400 Dose.....	51	Layolis Fe.....	85
Juleber.....	85	Kisqali Femara 600 Dose.....	51	Ledipasvir/Sofosbuvir.....	56
Juluca.....	57	Klor-Con.....	75	Leena.....	85
Junel 1.5/30.....	85	Klor-Con 10.....	75	Leflunomide.....	90
Junel 1/20.....	85	Klor-Con 8.....	75	Lenvima.....	52
Junel Fe 1.5/30.....	85	Klor-Con M10.....	75	Lessina.....	85
Junel Fe 1/20.....	85	Klor-Con M15.....	75	Letairis.....	97
Junel Fe 24.....	85	Klor-Con M20.....	75	Letrozole.....	51
Juxtapid.....	69	Klor-Con Sprinkle.....	75	Leucovorin Calcium.....	51
K		Kombiglyze XR.....	60	Leukeran.....	50
Kaitlib Fe.....	85	Korlym.....	83	Leukine.....	63
Kaletra.....	59	Kurvelo.....	85	Leuprolide Acetate.....	87
Kalydeco.....	96	Kuvan.....	80	Levalbuterol HCl.....	96
Kariva.....	85	Kynamro.....	70	Levemir FlexTouch.....	62
KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45%		L		Levemir Vial.....	62
.....	75	Labetalol HCl.....	65	Levetiracetam.....	42
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2%		Lacrisert.....	92	Levetiracetam ER.....	42
.....	75	Lactulose.....	79	Levobunolol HCl.....	93
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45%		Lamivudine.....	56, 58	Levocarnitine.....	76
.....	75	Lamivudine/Zidovudine.....	58	Levocetirizine Dihydrochloride	
KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9%		Lamotrigine.....	43	.....	95
.....	75	Lanoxin.....	67	Levofloxacin.....	41
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45%		Lansoprazole.....	79	Levofloxacin in D5W.....	41
.....	75	Lanthanum Carbonate.....	77	Levonest.....	85
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%....	75	Lantus SoloStar.....	61	Levonorgestrel/Ethinyl	
Kelnor 1/35.....	85	Lantus Vial.....	62	Estradiol.....	85
Kelnor 1/50.....	85	LARIN 1.5/30.....	85	Levora 0.15/30-28.....	85
Ketoconazole.....	48			Levorphanol Tartrate.....	32

Levothyroxine Sodium.....	87	Lovastatin.....	69	Menest.....	85
Levoxyl.....	87	Low-Ogestrel.....	85	Mentax.....	48
Lexiva.....	59	Loxapine Succinate.....	54	Menveo.....	90
Lialda.....	91	Lumigan.....	94	Mercaptopurine.....	50
Lidocaine.....	35	Lupaneta Pack.....	87	Meropenem.....	38
Lidocaine HCl.....	35	Lupron Depot.....	87, 88	Mesalamine.....	91
Lidocaine Viscous.....	35	Lutera.....	85	Mesalamine DR.....	91
Lidocaine/Prilocaine.....	35	Lynparza.....	52	Mesnex.....	52
Lindane.....	53	Lyrica.....	72	Mestinon.....	49
Linezolid.....	36	Lysodren.....	87	Metadate ER.....	72
Linzess.....	78	Lyza.....	87	Metaproterenol Sulfate.....	96
Liothyronine Sodium.....	87	M		Metformin HCl.....	60
Lisinopril.....	64	M-M-R II.....	90	Metformin HCl ER.....	60
Lisinopril/Hydrochlorothiazide	67	Magnesium Sulfate.....	76	Methadone HCl.....	33
Lithium.....	60	Malathion.....	53	Methazolamide.....	68
Lithium Carbonate.....	60	Maprotiline HCl.....	45	Methenamine Hippurate.....	36
Lithium Carbonate ER.....	60	Marlissa.....	85	Methimazole.....	88
Lithostat.....	80	Marplan.....	45	Methotrexate.....	88
Livalo.....	69	Matulane.....	50	Methotrexate Sodium.....	88
Lokelma.....	77	Matzim LA.....	66	Methoxsalen.....	74
Lonhala Magnair Starter Kit...	96	Mavyret.....	56	Methscopolamine Bromide...	78
Lonsurf.....	51	Meclizine HCl.....	46	Methyclothiazide.....	69
Loperamide HCl.....	78	Medroxyprogesterone Acetate	87	Methyldopa.....	64
Lopinavir/Ritonavir.....	59	Mefloquine HCl.....	53	Methyldopa/ Hydrochlorothiazide.....	67
Lorazepam.....	59	Megestrol Acetate.....	87	Methylphenidate HCl.....	72
Lorbrena.....	51	Mekinist.....	52	Methylphenidate HCl ER.....	72
Lorcet.....	34	Mektovi.....	52	Methylprednisolone.....	82
Lorcet HD.....	34	Melodetta 24 Fe.....	85	Methylprednisolone Dose Pack	82
Lorcet Plus.....	34	Meloxicam.....	32	Metoclopramide HCl.....	46, 47
Loryna.....	85	Memantine HCl.....	44	Metolazone.....	69
Losartan Potassium.....	64	Memantine HCl ER.....	44	Metoprolol Succinate ER.....	65
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	67	Memantine HCl Titration Pak	44	Metoprolol Tartrate.....	65
Lotemax.....	94	Menactra.....	90		

Metoprolol/ Hydrochlorothiazide.....67	Moxeza..... 41	Neomycin/Polymyxin/ Bacitracin/Hydrocortisone 92
Metronidazole..... 36	Moxifloxacin HCl/Sodium HCl 41	Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone..... 92
Metronidazole in NaCl 0.79% 36	Moxifloxacin HCl.....41	Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin..... 92
Metronidazole Vaginal..... 37	Multaq.....65	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone..... 92, 95
Mexiletine HCl.....65	Mupirocin..... 37	Nephramine..... 76
Mibelas 24 Fe..... 85	Myalept.....78	Nerlynx..... 52
Miconazole 3.....48	Mycamine.....48	Neulasta..... 63
Microgestin 1.5/30..... 85	Mycophenolate Mofetil.... 88, 89	Neupogen..... 63
Microgestin 1/20..... 85	Mycophenolic Acid DR..... 89	Neupro.....53
Microgestin Fe..... 85	Myrbetriq..... 80	Nevirapine..... 57
Microgestin Fe 1.5/30..... 85	N	Nevirapine ER..... 57
Midodrine HCl.....64	Nabumetone..... 32	Nexavar..... 52
Migergot.....49	Nadolol..... 65	Nexium..... 79
Miglitol..... 60	Nadolol/Bendroflumethiazide 68	Niacin ER.....70
Miglustat.....80	Nafcillin Sodium..... 39	Niacor..... 70
Mili..... 85	Naftifine HCl.....48	Nicardipine HCl..... 66
Minitran..... 70	Naftin..... 48	Nicotrol..... 35
Minocycline HCl..... 41, 42	Naloxone HCl.....35	Nicotrol NS..... 35
Minoxidil..... 70	Naltrexone HCl..... 35	Nifedipine ER..... 66
Mirtazapine..... 45	Namzaric..... 72	Nikki.....85
Mirtazapine ODT.....45	Naproxen.....32	Nilutamide..... 50
Mirvaso..... 74	Naproxen DR..... 32	Nimodipine.....66
Misoprostol..... 79	Naratriptan HCl.....49	Ninlaro..... 51
Modafinil.....98	Narcan..... 35	Nitro-Bid..... 70
Moexipril HCl..... 64	Natacyn..... 48	Nitrofurantoin.....37
Moexipril/Hydrochlorothiazide 67	Nateglinide..... 61	Nitrofurantoin Macrocrystals 37
Molindone HCl..... 54	Natpara..... 91	Nitrofurantoin Monohydrate 37
Mometasone Furoate.....82, 95	Nebupent..... 53	Nitroglycerin.....70
MonoNessa..... 85	Necon 0.5/35-28.....85	Nitroglycerin Lingual..... 70
Montelukast Sodium..... 95	Nefazodone HCl..... 45	
Morphine Sulfate..... 34	Neomycin Sulfate..... 36	
Morphine Sulfate ER..... 33	Neomycin/Bacitracin/ Polymyxin.....92	

Nitroglycerin Transdermal.....	70	Nystatin.....	48	Osphena.....	87	
Nitrostat.....	70	Nystop.....	48	Otezla.....	90	
Nora-BE.....	87	O			Oxacillin Sodium.....	39
Norditropin FlexPro.....	83	Ocaliva.....	80	Oxandrolone.....	83	
Norethindrone.....	87	Ocella.....	86	Oxcarbazepine.....	44	
Norethindrone Acetate.....	87	Octagam.....	89	Oxiconazole Nitrate.....	48	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol.....	85	Octreotide Acetate.....	88	Oxistat.....	48	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	86	Odefsey.....	57	Oxsoralen Ultra.....	74	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate	86	Odomzo.....	52	Oxybutynin Chloride.....	80	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol	86	Ofev.....	97	Oxybutynin Chloride ER.....	80	
Norlyroc.....	87	Ofloxacin.....	41	Oxycodone HCl.....	34	
Normosol-M in D5W.....	76	Ogestrel.....	86	Oxycodone/Acetaminophen	34	
Normosol-R.....	76	Olanzapine.....	55	Oxycodone/Aspirin.....	34	
Normosol-R in D5W.....	76	Olanzapine ODT.....	55	Oxycodone/Ibuprofen.....	34	
Northera.....	64	Olmesartan Medoxomil.....	64	P		
Nortrel 0.5/35.....	86	Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide.....	68	Pacerone.....	65	
Nortrel 1/35.....	86	Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide.....	68	Paliperidone ER.....	55	
Nortrel 7/7/7.....	86	Olopatadine HCl.....	93	Panretin.....	52	
Nortriptyline HCl.....	46	Omega-3-Acid Ethyl Esters....	70	Pantoprazole Sodium.....	79	
Norvir.....	59	Omeprazole.....	79	Panzyga.....	89	
Noxafil.....	48	Ondansetron HCl.....	47	Paricalcitol.....	91	
Nucala.....	98	Ondansetron ODT.....	47	Paromomycin Sulfate.....	36	
Nucynta ER.....	33	Onfi.....	42	Paroxetine HCl.....	45	
Nuedexta.....	72	Onglyza.....	61	Paser.....	50	
Nuplazid.....	55	Opsumit.....	97	Paxil.....	45	
Nutrilipid.....	76	Orencia.....	89	Pazeo.....	93	
Nutropin AQ.....	83	Orencia Clickject.....	89	Pediarix.....	90	
NuvaRing.....	86	Orenitram.....	97	Pedvax HIB.....	90	
Nyamyc.....	48	Orfadin.....	80	PEG 3350/Electrolytes.....	79	
Nymalize.....	66	Orkambi.....	96	PEG-3350/Electrolytes.....	79	
		Orsythia.....	86	PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl.....	79	
		Oseltamivir Phosphate.....	59	Peganone.....	44	
				Pegasys.....	56	

Pegasys ProClick.....	56	Pirmella 1/35.....	86	Prednisolone Acetate.....	94
Penicillin G Potassium.....	39	Piroxicam.....	32	Prednisolone Sodium Phosphate.....	82, 94
Penicillin G Procaine.....	39	Plasma-Lyte A.....	76	Prednisone.....	82
Penicillin G Sodium.....	39	Plasma-Lyte-148.....	76	Prednisone Intensol.....	82
Penicillin V Potassium.....	39	Plenamaine.....	76	Premarin.....	86
Pentam 300.....	53	Podofilox.....	74	Premasol.....	77
Pentasa.....	91	Polymyxin B Sulfate.....	37	Premphase.....	86
Pentoxifylline ER.....	68	Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate.....	92	Prempro.....	86
Perforomist.....	96	Pomalyst.....	50	Prevalite.....	70
Perindopril Erbumine.....	64	Portia-28.....	86	Previfem.....	86
Permethrin.....	53	Potassium Chloride.....	76	Prezcobix.....	59
Perphenazine.....	47	Potassium Chloride CR.....	76	Prezista.....	59
Phenadoz.....	95	Potassium Chloride ER.....	76	Priftin.....	50
Phenelzine Sulfate.....	45	Potassium Chloride/Dextrose	76	Prilosec.....	79
Phenobarbital.....	42	Potassium Chloride/Dextrose/ Lactated Ringers.....	76	Primaquine Phosphate.....	53
Phenoxybenzamine HCl.....	64	Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	76	Primidone.....	43
Phenytek.....	44	Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	76	Privigen.....	89
Phenytoin.....	44	Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	76	ProAir HFA.....	96
Phenytoin Sodium Extended	44	Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	76	ProAir RespiClick.....	96
Phoslyra.....	77	Potassium Citrate ER.....	77	Probenecid.....	48
Phospholine Iodide.....	93	Pradaxa.....	62	Probenecid/Colchicine.....	48
Picato.....	74	Praluent.....	70	Procalamine.....	77
Pifeltro.....	57	Pramipexole Dihydrochloride	53	Prochlorperazine.....	47
Pilocarpine HCl.....	73, 93	Prasugrel.....	64	Prochlorperazine Maleate.....	47
Pimecrolimus.....	74	Pravastatin Sodium.....	69	Procrit.....	63
Pimozide.....	54	Praziquantel.....	52	Procto-Med HC.....	91
Pimtrea.....	86	Prazosin HCl.....	64	Procto-Pak.....	91
Pindolol.....	65	Pred Mild.....	94	Proctosol HC.....	91
Pioglitazone HCl.....	61	Pred-G.....	92	Proctozone-HC.....	91
Pioglitazone HCl/Glimepiride	61	Pred-G S.O.P.....	92	Progesterone.....	87
Pioglitazone HCl/Metformin HCl.....	61	Prednicarbate.....	82	Proglycem.....	61
Piperacillin/Tazobactam.....	39	Prednisolone.....	82	Prolastin-C.....	80
				Prolensa.....	94

Prolia.....	92	Rabeprazole Sodium.....	79	Ribasphere.....	56
Promacta.....	63	Raloxifene HCl.....	87	Ribavirin.....	56
Promethazine HCl.....	95	Ramipril.....	64	Ridaura.....	90
Promethegan.....	95	Ranexa.....	68	Rifabutin.....	49
Propafenone HCl.....	65	Ranitidine HCl.....	78	Rifampin.....	50
Propafenone HCl ER.....	65	Rapaflo.....	80	Rifater.....	50
Proparacaine HCl.....	92	Rapamune.....	89	Riluzole.....	72
Propranolol HCl.....	65	Rasagiline Mesylate.....	54	Rimantadine HCl.....	59
Propranolol HCl ER.....	65	Rasuvo.....	89	Riomet.....	61
Propranolol/ Hydrochlorothiazide.....	68	Ravicti.....	80	Risedronate Sodium.....	92
Propylthiouracil.....	88	Rayaldee.....	92	Risperdal Consta.....	55
ProQuad.....	90	Rebif.....	73	Risperidone.....	55
Prosol.....	77	Rebif Rebidose.....	73	Risperidone ODT.....	55
Protriptyline HCl.....	46	Rebif Rebidose Titration Pack	73	Ritonavir.....	59
Prudoxin.....	74	Rebif Titration Pack.....	73	Rivastigmine Tartrate.....	44
Pulmozyme.....	98	Reclipsen.....	86	Rivastigmine Transdermal System.....	44
Purixan.....	50	Recombivax HB.....	90	Rivelsa.....	86
Pyrazinamide.....	50	Regranex.....	74	Rizatriptan Benzoate.....	49
Pyridostigmine Bromide.....	49	Relenza Diskhaler.....	59	Rizatriptan Benzoate ODT.....	49
Pyridostigmine Bromide ER	49	Relistor.....	78	Ropinirole HCl.....	53
Q		Repaglinide.....	61	Rosuvastatin Calcium.....	69
Quadracel.....	90	Repaglinide/Metformin HCl	61	Rotarix.....	90
Quasense.....	86	Repatha.....	70	RotaTeq.....	90
Quetiapine Fumarate.....	55	Repatha Pushtronex System	70	Roweepra.....	42
Quetiapine Fumarate ER.....	55	Repatha SureClick.....	70	Roweepra XR.....	42
Quinapril HCl.....	64	Rescriptor.....	57	Rozerem.....	98
Quinapril/Hydrochlorothiazide	68	Restasis.....	92	Rubraca.....	51
Quinidine Gluconate CR.....	65	Retacrit.....	63	Ruconest.....	88
Quinidine Sulfate.....	65	Revlimid.....	50	Rydapt.....	52
Quinine Sulfate.....	53	Rexulti.....	55	Rytary.....	54
R		Reyataz.....	59	S	
Rabavert.....	90	Rhopressa.....	92	Sabril.....	43

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.....	56	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.....	56	Sulfasalazine.....	91
Sensipar.....	92	Spiriva HandiHaler.....	96	Sulindac.....	32
Serevent Diskus.....	96	Spiriva Respimat.....	96	Sumatriptan.....	49
Serostim.....	78	Spiroinolactone.....	69	Sumatriptan Succinate.....	49
Sertraline HCl.....	45, 46	Spiroinolactone/ 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.....	57, 58
Shingrix.....	90	Sprycel.....	52	Sutant.....	52
Signifor.....	88	SPS.....	77	Syeda.....	86
Sildenafil.....	97	Sronyx.....	86	Sylatron.....	56
Silodosin.....	80	SSD.....	41	Symbicort.....	98
Silver Sulfadiazine.....	41	Stalevo 100.....	54	Symfi.....	58
Simbrinza.....	93	Stalevo 125.....	54	Symfi Lo.....	58
Simponi.....	89	Stalevo 150.....	54	SymlinPen 120.....	61
Simvastatin.....	69	Stalevo 200.....	54	SymlinPen 60.....	61
Sirolimus.....	89	Stalevo 50.....	54	Sympazan.....	43
Sirturo.....	50	Stalevo 75.....	54	Symtuza.....	59
Sodium Chloride.....	77	Stavudine.....	58	Synarel.....	88
Sodium Chloride 0.9%.....	77	Stelara.....	74		
Sodium Chloride 0.45%.....	77	Stiolto Respimat.....	98		
Sodium Fluoride.....	77	Stivarga.....	52		

Synjardy.....	61	Testosterone Enanthate.....	83	Toujeo SoloStar.....	62
Synjardy XR.....	61	Testosterone Pump.....	84	TPN Electrolytes.....	77
Synribo.....	51	Tetanus/Diphtheria Toxoids- Adsorbed Adult.....	90	Tracleer.....	97
Synthroid.....	87	Tetrabenazine.....	72	Tradjenta.....	61
T					
Tabloid.....	50	Tetracycline HCl.....	42	Tramadol HCl.....	34
Tacrolimus.....	74, 89	Thalomid.....	50	Tramadol HCl ER.....	33
Tafinlar.....	52	Theophylline.....	97	Tramadol HCl/Acetaminophen	35
Tagrisso.....	52	Theophylline CR.....	97	Trandolapril.....	64
Talzenna.....	51	Theophylline ER.....	97	Tranexamic Acid.....	64
Tamoxifen Citrate.....	50	Thioridazine HCl.....	54	Transderm-Scop.....	47
Tamsulosin HCl.....	80	Thiothixene.....	54	Tranylcypromine Sulfate.....	45
Tarceva.....	52	Tiagabine HCl.....	43	Travasol.....	77
Targretin.....	52	Tibsovo.....	52	Travatan Z.....	94
Tarina Fe 1/20.....	86	Tigecycline.....	37	Trazodone HCl.....	46
Tasigna.....	52	Timolol Maleate.....	65, 94	Trecator.....	50
Tazarotene.....	74	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming.....	94	Trelegy Ellipta.....	98
Tazicef.....	38	Tinidazole.....	37	Trelstar Mixject.....	88
Tazorac.....	74	Tivicay.....	57	Tresiba.....	62
Taztia XT.....	66	Tizanidine HCl.....	98	Tresiba FlexTouch.....	62
Tecfidera.....	73	TOBI Podhaler.....	96	Tretinoin.....	52, 74
Tecfidera Starter Pack.....	73	Tobradex.....	92	Tretinoin Microsphere.....	74
Telmisartan.....	64	Tobradex ST.....	93	Trexall.....	89
Telmisartan/Amlodipine.....	68	Tobramycin.....	97	Trezix.....	35
Telmisartan/ Hydrochlorothiazide.....	68	Tobramycin Sulfate.....	36	Tri-Estarylla.....	86
Temazepam.....	98	Tobramycin/Dexamethasone	93	Tri-Legest Fe.....	86
Tenivac.....	90	Tobrex.....	36	Tri-Lo-Estarylla.....	86
Tenofovir Disoproxil Fumarate	58	Tolak.....	74	Tri-Lo-Sprintec.....	86
Terazosin HCl.....	80	Tolcapone.....	53	Tri-Mili.....	86
Terbinafine HCl.....	48	Topiramate.....	43	Tri-Previfem.....	86
Terconazole.....	48	Toremifene Citrate.....	50	Tri-Sprintec.....	86
Testosterone.....	83	Toremifene Citrate.....	50	Tri-VyLibra.....	86
Testosterone Cypionate.....	83	Torse mide.....	69	Tri-VyLibra Lo.....	86
		Toujeo Max Solostar.....	62	Triamcinolone Acetonide.....	82

Triamcinolone Acetonide Dental Paste.....	73	Valproic Acid.....	43	Viracept.....	59
Triamterene/ Hydrochlorothiazide.....	68	Valsartan.....	64	Viramune.....	58
Triderm.....	82	Valsartan/Hydrochlorothiazide	68	Viread.....	58
Trientine HCl.....	77	Vancomycin HCl.....	37	Vitrakvi.....	52
Trifluoperazine HCl.....	54	Vandazole.....	37	Vivitrol.....	35
Trifluridine.....	57	VAQTA.....	90	Vizimpro.....	52
Trihexyphenidyl HCl.....	53	Varivax.....	90	Voriconazole.....	48
TriLyte.....	79	Varizig.....	89	Vosevi.....	57
Trimethoprim.....	37	Vascepa.....	70	Votrient.....	52
Trimipramine Maleate.....	46	Velivet.....	86	VP-PNV-DHA.....	77
Trinessa.....	86	Velphoro.....	77	Vraylar.....	56
Trintellix.....	46	Veltassa.....	77	Vyfemla.....	86
Triumeq.....	57	Vemlidy.....	56	VyLibra.....	86
Trivora-28.....	86	Venclexta.....	52	Vyvanse.....	71
Trophamine.....	77	Venclexta Starting Pack.....	52	Vyzulta.....	94
Trulicity.....	61	Venlafaxine HCl.....	46	W	
Trumenba.....	90	Venlafaxine HCl ER.....	46	Warfarin Sodium.....	62
Truvada.....	58	Ventavis.....	97	Welchol.....	70
Twinrix.....	90	Verapamil HCl.....	66	Wixela Inhub.....	98
Tybost.....	57	Verapamil HCl ER.....	66	WYMZYA Fe.....	86
Tykerb.....	52	Verapamil HCl SR.....	66	X	
Tymlos.....	92	Verzenio.....	51	Xalkori.....	52
Typhim Vi.....	90	Vesicare.....	80	Xarelto.....	62
U		Vibramycin.....	42	Xarelto Starter Pack.....	62
Uloric.....	49	Victoza.....	61	Xatmep.....	89
Unithroid.....	87	Videx EC.....	58	Xeljanz.....	89
Ursodiol.....	78	Videx Pediatric.....	58	Xeljanz XR.....	89
V		Vienna.....	86	Xgeva.....	92
Valacyclovir HCl.....	57	Vigabatrin.....	43	Xifaxan.....	78
Valchlor.....	50	Vigadrone.....	43	Xiidra.....	93
Valganciclovir.....	56	Viibryd.....	46	Xofluza.....	59
Valganciclovir Hydrochloride	56	Viibryd Starter Pack.....	46	Xolair.....	90
		Vimpat.....	44	Xospata.....	52
				Xtampza ER.....	33

Xtandi.....	50	Zelapar.....	54	Zonisamide.....	42
Xulane.....	86	Zelboraf.....	52	Zorbtive.....	78
Xyrem.....	98	Zemaira.....	80	Zortress.....	89
Y					
YF-Vax.....	90	Zenpep.....	80	Zostavax.....	90
Yuvafem.....	86	Zerbaxa.....	38	Zovia 1/35E.....	86
Z					
Zafirlukast.....	95	Zidovudine.....	58	Zyclara Pump.....	74
Zaleplon.....	98	Zileuton ER.....	95	Zydelig.....	52
Zarah.....	86	Zioptan.....	94	Zyflo.....	95
Zarxio.....	63	Ziprasidone HCl.....	56	Zykadia.....	52
Zejula.....	51	Zirgan.....	56	Zyprexa Relprev.....	56
		Zolinza.....	51	Zytiga.....	50
		Zolpidem Tartrate.....	98		

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 99-123.

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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Indomethacin (25mg cápsula, 50mg cápsula)	1		Fentanyl (100mcg/hr parche 72 horas, 12mcg/hr parche 72 horas, 25mcg/hr parche 72 horas, 50mcg/hr parche 72 horas, 75mcg/hr parche 72 horas)	1	7D, DL, QL, MME
Ketoprofen (cápsula)	1				
Meloxicam (tableta)	1				
Nabumetone (tableta)	1				
Naproxen (125mg/5ml suspensión)	1				
Naproxen (250mg tableta de liberación inmediata, 375mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	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
Naproxen DR (tableta de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	1				
Piroxicam (cápsula)	1				
Sulindac (tableta)	1		Hydromorphone HCl ER (32mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Analgésicos opiáceos, acción prolongada					
Buprenorphine (parche semanal)	1	7D, DL, QL	Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Embeda (cápsula de liberación prolongada)	1	7D, DL, QL, MME			
			Levorphanol Tartrate (tableta)	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	7D, DL
			Endocet (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
			Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (pastilla para chupar con aplicador)	1	DL, PA, QL
			Hydrocodone/ Acetaminophen (10mg-325mg tableta, 2.5mg-325mg tableta, 5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg tableta, 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/ 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	7D, DL	Morphine Sulfate (2mg/ml inyección, 5mg/ml inyección)	1	7D, 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	7D, 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	Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
Morphine Sulfate (10mg/ml inyección, 4mg/ml inyección, 8mg/ml inyección)	1	7D, DL			

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/ Acetaminophen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Trelix (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		
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	1	QL
Buprenorphine HCl/ Naloxone HCl (película)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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	
Gentamicin Sulfate (0.1% crema, 0.1% ungüento, 0.3% solución oftálmica)	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
Gentamicin Sulfate (40mg/ml inyección)	1		Clindamycin Phosphate (300mg/2ml inyección, 600mg/4ml inyección, 900mg/6ml inyección)	1	
Gentamicin Sulfate/0.9% Sodium Chloride (inyección)	1		Clindamycin Phosphate in D5W (inyección)	1	
Isotonic Gentamicin (inyección)	1		Colistimethate Sodium (inyección)	1	
Neomycin Sulfate (tableta)	1		Dalvance (inyección)	1	PA
Paromomycin Sulfate (cápsula)	1		Daptomycin (350mg solución)	1	
Streptomycin Sulfate (inyección)	1		Daptomycin (500mg inyección)	1	
Tobramycin Sulfate (0.3% solución oftálmica)	1		Linezolid (100mg/5ml suspensión)	1	PA
Tobramycin Sulfate (10mg/ml inyección, 80mg/2ml inyección)	1		Linezolid (600mg tableta)	1	PA, QL
Tobrex (0.3% ungüento oftálmico)	1		Linezolid (600mg/300ml inyección)	1	PA
Antibacterianos, otros			Methenamine Hippurate (tableta)	1	
Bacitracin (ungüento oftálmico)	1		Metronidazole (0.75% crema, 0.75% gel, 1% gel, 0.75% loción)	1	
Bactroban Nasal (ungüento)	1	PA	Metronidazole (250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Clindamycin HCl (cápsula de liberación inmediata)	1		Metronidazole in NaCl 0.79% (inyección)	1	
Clindamycin Palmitate HCl (solución oral)	1				
Clindamycin Phosphate (2% crema)	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 Vaginal (gel)	1		Cefaclor (250mg cápsula de liberación inmediata, 500mg cápsula de liberación inmediata)	1	
Mupirocin (2% crema)	1		Cefadroxil (250mg/5ml suspensión, 500mg/5ml suspensión, 500mg cápsula)	1	
Mupirocin (2% ungüento)	1		Cefazolin Sodium (inyección)	1	
Nitrofurantoin (suspensión)	1		Cefdinir (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 300mg cápsula)	1	
Nitrofurantoin Macrocrystals (100mg cápsula, 50mg cápsula) (Macrochantin genérico)	1		Cefepime (inyección)	1	
Nitrofurantoin Monohydrate (100mg cápsula) (Macrobid genérico)	1		Cefixime (suspensión)	1	
Polymyxin B Sulfate (inyección)	1		Cefotaxime Sodium (inyección)	1	
Sulfamylon (85mg/gm crema)	1		Cefotetan (inyección)	1	
Tigecycline (inyección)	1		Cefoxitin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 2gm inyección)	1	
Tinidazole (tableta)	1		Cefpodoxime Proxetil (100mg tableta, 200mg tableta, 100mg/5ml suspensión, 50mg/5ml suspensión)	1	
Trimethoprim (tableta)	1		Cefprozil (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta)	1	
Vancomycin HCl (10gm inyección, 1gm inyección, 500mg inyección, 750mg inyección, 125mg cápsula, 250mg cápsula)	1				
Vancomycin HCl (250mg inyección)	1				
Vandazole (gel)	1				
Beta-lactámicos, cefalosporinas					

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Ceftazidime (inyección)	1		Imipenem/Cilastatin (inyección)	1	
Ceftriaxone Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 250mg inyección, 2gm inyección, 500mg inyección)	1		Invanz (inyección)	1	
Cefuroxime Axetil (tableta)	1		Meropenem (inyección)	1	
Cefuroxime Sodium (1.5gm inyección, 7.5gm inyección, 750mg inyección)	1		Beta-lactámicos, penicilinas		
Cephalexin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 750mg cápsula)	1		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	
Suprax (100mg tableta masticable, 200mg tableta masticable)	1				
Suprax (400mg cápsula, 500mg/5ml suspensión)	1				
Tazicef (inyección)	1				
Zerbaxa (inyección)	1	PA			
Beta-lactámicos, otros					
Aztreonam (inyección)	1				
Doripenem (500mg inyección)	1				
Ertapenem (solución)	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, 250mg tableta de liberación inmediata, 750mg tableta)	1	
EryPed 200 (suspensión)	1		Ciprofloxacin HCl (100mg tableta de liberación inmediata)	1	
EryPed 400 (suspensión)	1		Ciprofloxacin HCl (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 (solución oftálmica)	1		Doxycycline Hyclate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata)	1	
Moxifloxacin HCl (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 (tableta de liberación inmediata, 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	
Dilantin (cápsula)	1	
Dilantin INFATABS (tableta masticable)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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	Bupropion HCl XL (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Donepezil HCl ODT (tableta dispersable)	1	QL			
Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta, 4mg/ml solución oral)	1	QL			
Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL			
Rivastigmine Tartrate (cápsula)	1	QL			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Mirtazapine (tableta)	1		Escitalopram Oxalate (5mg/5ml solución oral)	1	
Mirtazapine ODT (tableta dispersable)	1		Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL, ST
Inhibidores de la monoaminoxidasa			Fetzima Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	1	ST
Emsam (parche 24 horas)	1	QL	Fluoxetine DR (cápsula de liberación retardada)	1	
Marplan (tableta)	1		Fluoxetine HCl (cápsula de liberación inmediata)	1	
Phenelzine Sulfate (tableta)	1		Fluoxetine HCl (20mg/5ml solución oral)	1	
Tranylcypromine Sulfate (tableta)	1		Fluvoxamine Maleate (tableta)	1	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)			Maprotiline HCl (tableta)	1	
Citalopram HBr (10mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta)	1		Nefazodone HCl (tableta)	1	
Citalopram HBr (10mg/5ml solución oral)	1		Paroxetine HCl (tableta de liberación inmediata)	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	Paxil (10mg/5ml suspensión)	1	
Escitalopram Oxalate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1		Sertraline HCl (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg 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
Sertraline HCl (20mg/ml concentrado)	1		Doxepin HCl (100mg cápsula, 10mg cápsula, 150mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/ml concentrado)	1	
Trazodone HCl (tableta)	1		Imipramine HCl (tableta)	1	
Trintellix (tableta)	1	QL	Imipramine Pamoate (cápsula)	1	
Venlafaxine HCl (tableta de liberación inmediata)	1		Nortriptyline HCl (10mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	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		Protriptyline HCl (tableta)	1	
Viibryd (tableta)	1	QL	Trimipramine Maleate (cápsula)	1	
Viibryd Starter Pack (paquete)	1	QL	Antieméticos		
Tricíclicos			Antieméticos, otros		
Amitriptyline HCl (tableta)	1		Compro (supositorio)	1	
Amoxapine (tableta)	1		Hydroxyzine Pamoate (cápsula)	1	
Clomipramine HCl (cápsula)	1		Meclizine HCl (tableta)	1	
Desipramine HCl (tableta)	1		Metoclopramide HCl (5mg tableta)	1	
			Metoclopramide HCl (5mg/5ml 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
Metoclopramide HCl (10mg tableta)	1	
Perphenazine (tableta)	1	
Prochlorperazine (supositorio)	1	
Prochlorperazine Maleate (tableta)	1	
Scopolamine (parche 72 horas)	1	
Transderm-Scop (parche 72 horas)	1	
Adyuvantes para terapia emetogénica		
Aprepitant (paquete de tratamiento, 40mg cápsula, 80mg cápsula)	1	PA
Aprepitant (125mg cápsula)	1	PA
Cesamet (cápsula)	1	PA
Dronabinol (cápsula)	1	PA
Emend (125mg suspensión)	1	PA
Granisetron HCl (tableta)	1	B/D, PA, QL
Ondansetron HCl (24mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	1	B/D, PA
Ondansetron HCl (4mg/5ml solución oral)	1	B/D, PA
Ondansetron ODT (tableta dispersable)	1	B/D, PA
Sancuso (parche)	1	
Antimicóticos		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Antimicóticos		
Abelcet (inyección)	1	B/D, PA
AmBisome (inyección)	1	B/D, PA
Amphotericin B (inyección)	1	B/D, PA
Caspofungin Acetate (inyección)	1	
Ciclopirox (0.77% gel, 0.77% suspensión, 1% champú)	1	
Ciclopirox Nail Lacquer (solución externa)	1	
Ciclopirox Olamine (crema)	1	
Clotrimazole (1% crema, 1% solución externa, 10mg pastilla para chupar)	1	
Econazole Nitrate (crema)	1	
Eraxis (100mg inyección)	1	
Eraxis (50mg inyección)	1	
Exelderm (1% crema, 1% solución externa)	1	
Fluconazole (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml suspensión, 40mg/ml suspensión)	1	
Fluconazole in NaCl (inyección)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Flucytosine (cápsula)	1		Nyamyc (polvo)	1	
Griseofulvin Microsize (125mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1		Nystatin (crema, ungüento, polvo, suspensión, tableta)	1	
Griseofulvin Ultramicrosize (tableta)	1		Nystop (polvo)	1	
Itraconazole (100mg cápsula)	1	PA, QL	Oxiconazole Nitrate (crema)	1	
Itraconazole (10mg/ml solución)	1	PA	Oxistat (1% loción)	1	
Jublia (solución externa)	1		Sporanox (10mg/ml solución oral)	1	PA
Ketoconazole (2% crema, 2% champú, 200mg tableta)	1		Terbinafine HCl (tableta)	1	
Ketoconazole (2% espuma)	1		Terconazole (0.4% crema, 0.8% crema, 80mg supositorio)	1	
Mentax (crema)	1		Voriconazole (200mg inyección, 40mg/ml suspensión)	1	
Miconazole 3 (supositorio)	1		Voriconazole (200mg tableta, 50mg tableta)	1	
Mycamine (inyección)	1		Antigotosos		
Naftifine HCl (1% crema)	1		Antigotosos		
Naftifine HCl (2% crema)	1		Allopurinol (tableta)	1	
Naftin (1% gel, 2% gel)	1		Colchicine (0.6mg cápsula) (Mitigare genérico)	1	QL
Natacyn (suspensión)	1		Colchicine (0.6mg tableta) (Colcrys genérico)	1	QL
Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)	1	PA, QL	Colcrys (tableta)	1	QL
Noxafil (40mg/ml suspensión)	1	QL	Probenecid (tableta)	1	
			Probenecid/Colchicine (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
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 (tableta de liberación inmediata)	1	
Pyridostigmine Bromide ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
Dapsone (tableta)	1	
Rifabutin (cápsula)	1	
Antituberculosos		
Ethambutol HCl (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
Isoniazid (100mg tableta, 300mg tableta)	1		Nilutamide (tableta)	1	
Isoniazid (50mg/5ml jarabe)	1		Xtandi (cápsula)	1	PA, QL, LA
Paser (paquete)	1		Zytiga (tableta)	1	PA, QL, LA
Priftin (tableta)	1		Antiangiogénicos		
Pyrazinamide (tableta)	1		Pomalyst (cápsula)	1	PA, QL
Rifampin (150mg cápsula, 300mg cápsula)	1		Revlimid (cápsula)	1	PA, QL, LA
Rifampin (600mg inyección)	1		Thalomid (cápsula)	1	PA, QL
Rifater (tableta)	1		Antiestrógenos/modificadores		
Sirturo (tableta)	1	PA, LA	Emcyt (cápsula)	1	
Trecator (tableta)	1		Fareston (tableta)	1	
Antineoplásicos			Soltamox (solución oral)	1	
Alquilantes			Tamoxifen Citrate (tableta)	1	
Cyclophosphamide (cápsula)	1	B/D, PA	Toremifene Citrate (tableta)	1	
Gleostine (100mg cápsula, 40mg cápsula)	1		Antimetabólicos		
Gleostine (10mg cápsula)	1		Droxia (cápsula)	1	
Leukeran (tableta)	1		Hydroxyurea (cápsula)	1	
Matulane (cápsula)	1	LA	Mercaptopurine (tableta)	1	
Valchlor (gel)	1	PA, LA	Purixan (suspensión)	1	PA
Antiandrógenos			Tabloid (tableta)	1	PA
Abiraterone Acetate (tableta)	1	PA, QL	Antineoplásicos, otros		
Bicalutamide (tableta)	1		Copiktra (cápsula)	1	PA, QL
Erleada (tableta)	1	PA, QL	Kisqali (tableta)	1	PA, QL
Flutamide (cápsula)	1		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 aromatasas, 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	Quetiapine Fumarate (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Geodon (20mg inyección)	1		Quetiapine Fumarate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Invega Sustenna (117mg/0.75ml inyección, 156mg/ml inyección, 234mg/1.5ml inyección, 78mg/0.5ml inyección)	1		Rexulti (tableta)	1	QL
Invega Sustenna (39mg/0.25ml inyección)	1		Risperdal Consta (12.5mg inyección, 25mg inyección)	1	
Invega Trinza (inyección)	1		Risperdal Consta (37.5mg inyección, 50mg inyección)	1	
Latuda (tableta)	1	QL	Risperidone (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 3mg tableta, 4mg tableta)	1	
Nuplazid (10mg tableta, 17mg tableta, 34mg cápsula)	1	PA, QL	Risperidone (1mg/ml solución oral)	1	
Olanzapine (10mg inyección)	1		Risperidone ODT (tableta dispersable)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Saphris (tableta sublingual)	1	QL	Antihepatitis B (HBV)		
Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)	1	QL, ST	Adefovir Dipivoxil (tableta)	1	
Vraylar (cápsula, paquete de tratamiento)	1	ST	Baraclude (0.05mg/ml solución oral)	1	
Ziprasidone HCl (cápsula)	1	QL	Entecavir (tableta)	1	
Zyprexa Relprew (inyección)	1		Epivir HBV (5mg/ml solución oral)	1	
Resistentes al tratamiento			Lamivudine (100mg tableta)	1	
Clozapine (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 200mg tableta)	1		Vemlidy (tableta)	1	QL
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable, 12.5mg tableta dispersable, 150mg tableta dispersable, 25mg tableta dispersable)	1	QL	Antihepatitis C (HCV), otros agentes		
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	1	QL	Intron A (inyección)	1	PA, LA
Antivirales			Pegasys (inyección)	1	PA
Anticitomegalovirus (CMV)			Pegasys ProClick (inyección)	1	PA
Valganciclovir (tableta)	1	QL	Ribasphere (200mg tableta, 400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Valganciclovir Hydrochloride (solución oral)	1	QL	Ribavirin (200mg tableta)	1	
Zirgan (gel)	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
			Sofosbuvir/Velpatasvir (tableta)	1	PA, QL
			Sovaldi (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
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)		
Genvoya (tableta)	1	QL
Isentress (100mg paquete, 25mg tableta masticable)	1	QL
Isentress (100mg tableta masticable, 400mg tableta)	1	QL
Isentress HD (tableta)	1	QL
Stribild (tableta)	1	QL
Tivicay (10mg tableta)	1	QL
Tivicay (25mg tableta, 50mg tableta)	1	QL
Triumeq (tableta)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
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
Sustiva (200mg cápsula, 600mg 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 (50mg cápsula)	1	QL	Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Symfi (tableta)	1	QL	Videx Pediatric (solución oral)	1	QL
Symfi Lo (tableta)	1	QL	Viread (150mg tableta, 200mg tableta, 250mg tableta, 40mg/gm polvo)	1	QL
Viramune (50mg/5ml suspensión)	1	QL	Zidovudine (100mg cápsula, 300mg tableta, 50mg/5ml jarabe)	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa (NRTI)			Antirretrovirales, otros		
Abacavir (20mg/ml solución oral, 300mg tableta)	1	QL	Fuzeon (inyección)	1	QL
Abacavir Sulfate/ Lamivudine (tableta)	1	QL	Selzentry (150mg tableta, 300mg tableta, 75mg tableta, 20mg/ml solución oral)	1	QL
Abacavir Sulfate/ Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL	Selzentry (25mg tableta)	1	QL
Biktarvy (tableta)	1	QL	Antirretrovirales, inhibidores de la proteínasa		
Cimduo (tableta)	1	QL	Aptivus (100mg/ml solución oral, 250mg cápsula)	1	QL
Descovy (tableta)	1	QL	Atazanavir Sulfate (cápsula)	1	QL
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	1	QL	Crixivan (cápsula)	1	QL
Emtriva (10mg/ml solución oral, 200mg cápsula)	1	QL	Evotaz (tableta)	1	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral, 150mg tableta, 300mg tableta)	1	QL	Fosamprenavir Calcium (tableta)	1	QL
Lamivudine/ Zidovudine (tableta)	1	QL	Invirase (tableta)	1	QL
Stavudine (cápsula)	1	QL			
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	1	QL			
Truvada (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
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
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)	1	QL
Rimantadine HCl (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Xofluza (tableta, paquete de tratamiento)	1	QL
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
Bupirone 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
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	QL
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	1	QL
Bipolares		

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
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	Metformin HCl ER (500mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 750mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	1	QL
Cycloset (tableta)	1	PA, QL	Miglitol (tableta)	1	QL
Glimepiride (tableta)	1	QL			
Glipizide (tableta de liberación inmediata)	1	QL			
Glipizide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL			

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

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Nateglinide (tableta)	1	QL	Humalog Cartridge (inyección)	1	
Onglyza (tableta)	1	QL	Humalog Junior KwikPen (inyección)	1	
Pioglitazone HCl (tableta)	1	QL	Humalog KwikPen (inyección)	1	
Pioglitazone HCl/ Glimpiride (tableta)	1	QL	Humalog Mix 50/50 KwikPen (inyección)	1	
Pioglitazone HCl/ Metformin HCl (tableta)	1	QL	Humalog Mix 50/50 Vial (inyección)	1	
Repaglinide (tableta)	1	QL	Humalog Mix 75/25 KwikPen (inyección)	1	
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	1	QL	Humalog Mix 75/25 Vial (inyección)	1	
Riomet (solución oral)	1	QL	Humalog Vial (inyección)	1	
Soliqua 100/33 (inyección)	1	QL	Humulin 70/30 KwikPen (inyección)	1	
SymLinPen 120 (inyección)	1	PA	Humulin 70/30 Vial (inyección)	1	
SymLinPen 60 (inyección)	1	PA	Humulin N KwikPen (inyección)	1	
Synjardy (tableta)	1	QL	Humulin N Vial (inyección)	1	
Synjardy XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL	Humulin R U-500 KwikPen (inyección)	1	
Tradjenta (tableta)	1	QL	Humulin R U-500 Vial (concentrado) (inyección)	1	
Trulicity (inyección)	1	QL	Humulin R Vial (inyección)	1	
Victoza (inyección)	1	QL	Lantus SoloStar (inyección)	1	
Glucemia					
GlucaGen HypoKit (inyección)	1				
Glucagon Emergency Kit (inyección)	1				
Proglycem (suspensión)	1				
Insulina					

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
Lantus Vial (inyección)	1		Heparin Sodium (10000 unidades/ml inyección, 20000 unidades/ml inyección, 5000 unidades/ml inyección)	1	
Levemir FlexTouch (inyección)	1		Heparin Sodium (1000 unidades/ml inyección)	1	B/D, PA
Levemir Vial (inyección)	1		Jantoven (tableta)	1	
Toujeo Max Solostar (inyección)	1		Pradaxa (cápsula)	1	QL
Toujeo SoloStar (inyección)	1		Warfarin Sodium (tableta)	1	
Tresiba (inyección)	1		Xarelto (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2.5mg tableta)	1	QL
Tresiba FlexTouch (inyección)	1		Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	QL
Hemoderivados, modificadores/expansores de volumen de sangre			Modificadores hematopoyéticos		
Anticoagulantes			Anagrelide HCl (cápsula)	1	
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				
Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml 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	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Tranexamic Acid (tableta)	1		Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
Modificadores de plaquetas			Candesartan Cilexetil (tableta)	1	QL
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	QL	Edarbi (tableta)	1	QL
Brilinta (tableta)	1	QL	Eprosartan Mesylate (tableta)	1	QL
Cilostazol (tableta)	1		Irbesartan (tableta)	1	QL
Clopidogrel (75mg tableta)	1	QL	Losartan Potassium (tableta)	1	QL
Prasugrel (tableta)	1	QL	Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL
Agentes cardiovasculares			Telmisartan (tableta)	1	QL
Agonistas alfa adrenérgicos			Valsartan (tableta)	1	QL
Clonidine HCl (0.1mg/24hr parche semanal, 0.2mg/24hr parche semanal, 0.3mg/24hr parche semanal)	1		Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		
Clonidine HCl (0.1mg tableta de liberación inmediata, 0.2mg tableta de liberación inmediata, 0.3mg tableta de liberación inmediata)	1		Benazepril HCl (tableta)	1	QL
Methyldopa (tableta)	1		Captopril (tableta)	1	QL
Midodrine HCl (tableta)	1		Enalapril Maleate (tableta)	1	QL
Northera (cápsula)	1	PA, QL, LA	Fosinopril Sodium (tableta)	1	QL
Bloqueantes alfa adrenérgicos			Lisinopril (tableta)	1	QL
Doxazosin Mesylate (tableta)	1		Moexipril HCl (tableta)	1	QL
Phenoxybenzamine HCl (cápsula)	1		Perindopril Erbumine (tableta)	1	QL
Prazosin HCl (cápsula)	1		Quinapril HCl (tableta)	1	QL
			Ramipril (cápsula)	1	QL
			Trandolapril (tableta)	1	QL
			Antiarrítmicos		
			Amiodarone HCl (200mg 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
Dofetilide (cápsula)	1		Metoprolol Succinate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Flecainide Acetate (tableta)	1		Metoprolol Tartrate (100mg tableta de liberación inmediata, 25mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata)	1	
Mexiletine HCl (cápsula)	1		Nadolol (tableta)	1	
Multaq (tableta)	1	QL	Pindolol (tableta)	1	
Pacerone (200mg tableta)	1		Propranolol HCl (20mg/5ml solución oral, 40mg/5ml solución oral)	1	
Propafenone HCl (tableta)	1		Propranolol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Propafenone HCl ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1		Propranolol HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Quinidine Gluconate CR (tableta de liberación prolongada)	1		Timolol Maleate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Quinidine Sulfate (tableta)	1		Bloqueantes del canal de calcio		
Sotalol HCl AF (tableta)	1		Amlodipine Besylate (tableta)	1	
Sotalol HCl (tableta)	1		Cartia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	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	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		Verapamil HCl ER (120mg tableta de liberación prolongada, 180mg tableta de liberación prolongada, 240mg tableta de liberación prolongada)	1	
Diltiazem HCl ER (cápsula de liberación prolongada)	1		Verapamil HCl SR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Felodipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Agentes cardiovasculares, otros		
Matzim LA (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1		Amiloride/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Nicardipine HCl (cápsula)	1		Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL			
Nimodipine (cápsula)	1				
Nymalize (solución oral)	1				
Taztia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1				
Verapamil HCl (120mg tableta de liberación inmediata, 40mg tableta de liberación inmediata, 80mg tableta de liberación inmediata)	1				

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		Moexipril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
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
Nadolol/ Bendroflumethiazide (tableta)	1		Triamterene/ Hydrochlorothiazide (37.5mg-25mg tableta, 75mg-50mg tableta, 25mg-37.5mg cápsula)	1	
Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Diuréticos, inhibidores de carbonato deshidratasa		
Pentoxifylline ER (tableta de liberación prolongada)	1		Acetazolamide (tableta de liberación inmediata)	1	
Propranolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1		Acetazolamide ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL	Methazolamide (tableta)	1	
Ranexa (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, 30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	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 tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	1	QL	Savella (tableta)	1	
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	QL	Savella Titration Pack	1	
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada, 20mg tableta de liberación prolongada)	1	QL	Agentes para la esclerosis múltiple		
Agentes del sistema nervioso central, otros			Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL, LA
Austedo (tableta)	1	PA, QL, LA	Aubagio (tableta)	1	QL, LA
Ingrezza (cápsula)	1	PA, QL	Avonex (inyección)	1	
Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL	Avonex Pen (inyección)	1	
Nuedexta (cápsula)	1	PA	Betaseron (inyección)	1	
Riluzole (tableta)	1		Dalfampridine ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
Tetrabenazine (tableta)	1	PA, QL, LA	Gilenya (cápsula)	1	QL
Agentes para la fibromialgia					

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)	1	
Velphoro (tableta masticable)	1	
Vitaminas		
VP-PNV-DHA (cápsula)	1	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
Cuvposa (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
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	
Zorbtive (inyección)	1	PA, LA	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, 0.025% crema, 0.01% solución externa, 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				
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
Fluticasone Propionate (0.005% ungüento, 0.05% crema)	1		Prednisolone Sodium Phosphate (10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)	1	
Halobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1		Prednisolone Sodium Phosphate (25mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	
Hydrocortisone (1% crema, 2.5% crema, 1% ungüento, 2.5% ungüento)	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 (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 2.5% loción)	1		Prednisone (5mg/5ml solución oral)	1	
Hydrocortisone Butyrate (0.1% ungüento)	1		Prednisone Intensol (5mg/ml concentrado)	1	
Hydrocortisone Valerate (0.2% crema, 0.2% ungüento)	1		Triamcinolone Acetonide (0.025% crema, 0.1% crema, 0.5% crema, 0.025% ungüento, 0.1% ungüento, 0.5% ungüento)	1	
Methylprednisolone (tableta)	1		Triamcinolone Acetonide (0.025% loción, 0.1% loción)	1	
Methylprednisolone Dose Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1		Triderm (crema)	1	
Mometasone Furoate (0.1% crema, 0.1% solución externa, 0.1% ungüento)	1		Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Prednicarbate (0.1% crema, 0.1% ungüento)	1				
Prednisolone (15mg/5ml 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
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		Estarylla (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		Reclipsen (tableta)	1	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta masticable)	1		Rivelsa (tableta)	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1		Setlakin (tableta)	1	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta)	1		Sprintec 28 (tableta)	1	
Nortrel 1/35 (tableta)	1		Sronyx (tableta)	1	
Nortrel 7/7/7 (tableta)	1		Syeda (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	Trinessa (tableta)	1	
Previfem (tableta)	1		Trivora-28 (tableta)	1	
Quasense (tableta)	1		Velivet (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	

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
Crinone (4% gel, 8% gel)	1	PA
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		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Osphena (tableta)	1	PA, QL
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

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
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					
Beriner (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
Mycophenolate Mofetil (250mg cápsula, 500mg tableta)	1	B/D, PA
Mycophenolic Acid DR (tableta de liberación retardada)	1	B/D, PA
Orencia (inyección)	1	PA
Orencia Clickject (inyección)	1	PA
Rapamune (1mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Rasuvo (inyección)	1	PA
Sandimmune (100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Simponi (inyección)	1	PA
Sirolimus (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	B/D, PA
Sirolimus (1mg/ml solución)	1	B/D, PA
Tacrolimus (0.5mg cápsula, 1mg cápsula, 5mg cápsula)	1	B/D, PA
Trexall (tableta)	1	
Xatmep (solución oral)	1	PA
Xeljanz (10mg tableta, 5mg tableta)	1	PA, QL
Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Zortress (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 0.75mg tableta, 1mg tableta)	1	B/D, PA
Agentes de inmunización, pasivos		
BIVIGAM (inyección)	1	PA
Carimune Nanofiltered (inyección)	1	PA
Flebogamma DIF (inyección)	1	PA
Gammagard Liquid (inyección)	1	PA
Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml (inyección)	1	PA
Gammaked (inyección)	1	PA
Gammaplex (inyección)	1	PA
Gamunex-C (inyección)	1	PA
Octagam (inyección)	1	PA
Panzyga (solución)	1	PA
Privigen (inyección)	1	PA
Varizig (inyección)	1	
Inmunomoduladores		
Actemra (inyección)	1	PA
Actemra Actpen (solución autoinyectable)	1	PA
Actimmune (inyección)	1	LA

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	
Pred Mild (suspensión)	1		Coly-Mycin S (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, 25mg tableta, 6.25mg/5ml jarabe)	1	
Promethazine HCl (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

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	Chlorzoxazone (500mg tableta)	1	
Combivent Respimat (solución en aerosol)	1		Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Dulera (aerosol)	1	QL	Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta)	1	
Dymista (suspensión)	1		Dantrolene Sodium (cápsula)	1	
Fluticasone Propionate/Salmeterol (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
Baclofen (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1		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 (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
Alendronate Sodium (10mg tableta, 40mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Androderm (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Anoro Elipta (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
Arnuity Elipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Arnuity Elipta (50mcg/act polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (150mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Atomoxetine (100mg cápsula, 60mg cápsula, 80mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Atomoxetine (10mg cápsula, 18mg cápsula, 25mg cápsula, 40mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atorvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Atripla (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Aubagio (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Austedo (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Avandia (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Avandia (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Belsomra (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Benazepril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Benazepril HCl/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Bethkis (solución para nebulizador)	Máximo de 8 ml (2 ampollas) por día
Bevespi Aerosphere (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Calquence (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Candesartan Cilexetil (16mg tableta, 32mg tableta, 4mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Corlanor (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Cotellic (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Crixivan (cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Dulera (aerosol)	Máximo de 1 inhalador (13 gramos) cada 30 días
Duloxetine HCl (20mg cápsula de liberación retardada, 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
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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Fluvastatin (20mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 1 cápsula por día
Fluvastatin (40mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 2 cápsulas por día
Forteo (inyección)	Máximo de 1 pluma (2.4 ml) cada 28 días
Fosamprenavir Calcium (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Fosinopril Sodium (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Fosinopril Sodium/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Fuzeon (inyección)	Máximo de 3 ampolletas por día
Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Galantamine HBr (4mg/ml solución oral)	Máximo de 2 frascos (200 ml) cada 30 días
Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Genvoya (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Gilenya (cápsula)	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
Glimepiride (1mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Glimepiride (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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 (2.5mg-325mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (7.5mg-325mg/15ml solución oral)	Máximo de 180 ml por día
Hydrocodone/Acetaminophen (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
Imbruvica (140mg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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 Ellipta (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
Jentaduetto XR (5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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 (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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Moexipril/Hydrochlorothiazide (15mg-12.5mg tableta, 15mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril/Hydrochlorothiazide (7.5mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (10mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (4mg paquete)	Máximo de 1 paquete por día
Montelukast Sodium (4mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	Máximo de 1 tableta por día
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral)	Máximo de 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 ampolleta) 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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Nevirapine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 tabletas por día
Nevirapine ER (400mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Nexium (20mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 3 cápsulas por día
Nexium (40mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Ninlaro (cápsula)	Máximo de 3 cápsulas cada 28 días
Northera (100mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Northera (200mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Norvir (100mg 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 (17mg tableta)	Máximo de 2 tabletas 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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Olmesartan Medoxomil/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

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
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
Repaglinide (2mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	Máximo de 5 tabletas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Repatha (inyección)	Máximo de 3 jeringas (3 ml) por 28 días
Repatha Pushtronex System (inyección)	Máximo de 1 cartucho (3.5 ml) cada 28 días
Repatha SureClick (inyección)	Máximo de 3 plumas (3 ml) cada 28 días
Rescriptor (tableta)	Máximo de 9 tabletas por día
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
Silodosin (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
Sutent (12.5mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Sutent (37.5mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Tivicay (10mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay (50mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
TOBI Podhaler (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (solución para nebulizador)	Máximo de 10 ml (2 ampollas) por día
Tolcapone (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tracleer (32mg tableta soluble)	Máximo de 4 tabletas por día
Tradjenta (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta, 2mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Trezix (cápsula)	Máximo de 10 cápsulas por día
Trientine HCl (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Trintellix (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Triumeq (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
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
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

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
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
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 y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.



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

Llamada gratuita: **1-844-368-6885**, TTY **711**

de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

www.UHCCommunityPlan.com