

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Lista de medicamentos de HealthSpringSM para 2026

(Lista de medicamentos con cobertura
o “Lista de medicamentos”)

Lea a continuación: Este documento contiene información sobre los medicamentos que incluye esta cobertura.

Incluido en esta cobertura
HealthSpring Extra Rx (PDP)



Presentación del archivo de la lista de medicamentos aprobada por HPMS 00026094

Esta lista de medicamentos se actualizó el 09/19/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de HealthSpring al **1-800-222-6700** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. También puede visitar www.healthspring.com. La lista de medicamentos y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Por cada producto de insulina incluido en nuestra cobertura, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes, independientemente del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Nuestra cobertura incluye la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Aviso para los asegurados existentes: Esta lista de medicamentos cambió con respecto a la del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a HealthSpring. Cuando se refiere a “cobertura” o “nuestra cobertura”, significa HealthSpring Extra Rx (PDP).

Este documento incluye una lista de medicamentos para nuestra cobertura que está vigente desde el 09/19/2025. Para obtener una lista de medicamentos actualizada completa, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

Generalmente tiene que acudir a farmacias de la red para tener derecho a su cobertura para medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es la lista de medicamentos de HealthSpring?

En este documento, los términos “lista de medicamentos” y “vademécum” se refieren a lo mismo. Una lista de medicamentos es una lista de medicamentos con cobertura seleccionados por HealthSpring en consulta con un equipo de profesionales médicos que representa las terapias de medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. HealthSpring generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta médica se surta en una farmacia de la red de HealthSpring y se cumplan otras reglas de la cobertura. Para obtener más información acerca de cómo surtir sus medicamentos con receta, revise su Evidencia de cobertura (EOC, en inglés).

¿Puede haber cambios en la lista de medicamentos?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nosotros podemos agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones. Al realizar estos cambios, debemos seguir las reglas de Medicare. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.healthspring.com

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos que aparecen a continuación, los cambios en la cobertura durante el año lo afectarán:

Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales. Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestra lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero trasladarlo de inmediato a un nivel diferente de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones. Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un

medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos (por ejemplo, agregamos un biosimilar intercambiable que puede sustituirse por un producto biológico original de una farmacia sin una receta nueva).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Si se retira un medicamento del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) determina que un medicamento se retire por motivos de seguridad o eficacia, podemos retirar de inmediato el medicamento de nuestra lista de medicamentos y luego notificaremos a los asegurados que lo usan.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los asegurados que actualmente toman un medicamento. Podemos retirar un medicamento de marca de la lista de medicamentos cuando se agrega un equivalente genérico o retirar un producto biológico original cuando se agrega un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, trasladarlo a un nivel diferente de gastos compartidos o ambas opciones. Podemos hacer cambios en función de nuevas pautas clínicas o estudios.

Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, si agregamos autorizaciones previas, cantidades límite o restricciones a las terapias escalonadas para un medicamento, o si cambiamos un medicamento a un nivel más alto de gastos compartidos, tenemos que notificar a los asegurados afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. O bien, cuando el asegurado solicite volver a surtir el medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para 30 días y un aviso sobre el cambio.

Si hacemos dichos cambios, usted o la persona que le receta puede solicitarnos que le hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos para 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura 2026, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con los mismos gastos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos asegurados que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá ningún aviso directo este año acerca de los cambios que no lo afecten. No obstante, el 1 de enero del año siguiente, estos cambios lo afectarían, y es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta es actual al 09/19/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por HealthSpring, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que los cambios se le notifiquen por correo. Las listas de medicamentos que se encuentran en nuestro sitio web se revisan y actualizan mensualmente.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento en la lista de medicamentos:

Problema de salud

La lista de medicamentos comienza en la página 8. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos están agrupados por categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar un problema de salud cardíaco figuran dentro de la categoría “CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 8. Luego, busque el medicamento debajo del nombre de la categoría.

Índice de medicamentos con cobertura

Si no está seguro sobre qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos con

cobertura que comienza en la página 86. En el Índice de medicamentos con cobertura, se proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de la página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Encuentre la página indicada en el Índice de medicamentos con cobertura y busque el nombre del medicamento en la columna de nombres de medicamentos de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

HealthSpring cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA y tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen la misma efectividad y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y podrían costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Sección 3.1 del Capítulo 3: “La lista de medicamentos”, que indicará qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

¿Existe alguna restricción sobre mi cobertura?

Algunos medicamentos con cobertura pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites podrían incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** HealthSpring requiere que usted o la persona que le receta obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener la aprobación de HealthSpring antes de surtir estos medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que HealthSpring no cubra el medicamento.
- **Cantidades límite:** Para determinados medicamentos, HealthSpring limita la cantidad de medicamento que HealthSpring cubrirá. Por ejemplo, HealthSpring permite 1 tableta por día de atorvastatin de 40 mg. Esto se aplica a un

suministro estándar para un mes (para una cantidad total de 30 para 30 días) o un suministro para tres meses (para una cantidad total de 90 para 90 días).

- **Terapia escalonada:** En algunos casos, HealthSpring requiere que pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema de salud antes de cubrir otro medicamento para ese problema de salud. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su problema de salud, es posible que HealthSpring no incluya el medicamento B, a menos que intente usar el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces HealthSpring incluirá el medicamento B.
- **Suministro diario no extendido:** Para determinados medicamentos, HealthSpring limita la cantidad del medicamento que HealthSpring cubrirá a un suministro de solo 30 días o menos, a la vez. Por ejemplo, los asegurados que no han surtido recientemente analgésicos opioides en los últimos 108 días (denominados “sin tratamiento previo con opioides”) están limitados a un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los asegurados que han recibido un surtido reciente de un analgésico opioide (no los que no han recibido tratamiento previo con opioides) están limitados a un suministro de hasta un mes de ese medicamento por vez. Otros medicamentos de alto costo también pueden estar sujetos a una restricción de suministro diario no extendido.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional al consultar la lista de medicamentos que comienza en la página 8. También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos con cobertura visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a HealthSpring que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedir una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su problema de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?” que se encuentra en la página 4 para obtener información acerca de cómo solicitar

una excepción.

Opciones de medicamentos de mantenimiento

Usar los medicamentos recetados por su médico (u otra persona que receta) es importante para su salud.

Nos comprometemos a ayudarle a controlar sus problemas médicos crónicos al facilitarle la recepción de sus medicamentos de mantenimiento. Hay varias maneras en las que podemos trabajar juntos para lograr este objetivo:

- Hable con su médico sobre si un suministro de 90 días de sus medicamentos estables y en curso puede ser adecuado. Usar estos medicamentos todos los días según las indicaciones es importante para su salud general y obtener recetas para 90 días de estos medicamentos puede ayudar a garantizar que no omita una dosis.
- Puede recibir un suministro de 90 días en la mayoría de las farmacias minoristas o a través de una de nuestras farmacias de pedido por correo.
- Hable con su farmacéutico si está teniendo algún problema nuevo con sus medicamentos de mantenimiento.

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

Puede haber oportunidades para ahorrar dinero en sus medicamentos utilizando su cobertura de HealthSpring.

- Pregúntele a su médico (u otra persona que receta) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para cualquiera de sus medicamentos actuales.
- Algunas coberturas pueden ofrecer un copago de \$0 por medicamentos genéricos del Nivel 1 surtidos en una farmacia minorista o de pedido por correo preferida. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer los montos específicos de gastos compartidos de su cobertura.
- Fíjese si el programa “Beneficio Adicional de los CMS” puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la lista de medicamentos de HealthSpring, hable con su médico sobre los medicamentos alternativos que están cubiertos en la lista de medicamentos.



Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring, revise su Evidencia de cobertura (EOC) y los otros materiales de la cobertura. Para acceder a una copia de su EOC, visite www.HealthSpring.com/Resources.

Si tiene preguntas sobre HealthSpring, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y en la contraportada.

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

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, primero debe comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si descubre que HealthSpring no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por HealthSpring. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por HealthSpring.
- Puede pedirle a HealthSpring que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte la siguiente sección para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?

Puede pedirle a HealthSpring que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos. Si lo aprobamos, este medicamento tendrá cobertura con un nivel predeterminado de gastos compartidos y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel inferior de gastos compartidos.
- Puede pedirnos que eximamos una restricción de cobertura, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, HealthSpring limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene una cantidad límite, puede solicitarnos que eximamos el límite y cubramos un monto mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la lista con un nivel inferior de gastos compartidos, si este medicamento no está en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reducirá el monto que tiene que pagar por su medicamento. Esto se aplica a las siguientes circunstancias:
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos cobertura de su medicamento por el monto del gasto compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de productos de marca para el tratamiento de su problema médico.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos cobertura de su medicamento por el monto del gasto compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su problema médico.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos cobertura de su medicamento por el monto del gasto compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de

productos biológicos para el tratamiento de su problema médico.

Tenga en cuenta que si accedemos a dar cobertura a un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos, no puede pedirnos que proporcionemos un menor nivel de gastos compartidos para dicho medicamento.

Por lo general, HealthSpring solo aprobará su solicitud de una excepción si el medicamento alternativo está incluido en nuestra lista de medicamentos o la aplicación de la restricción no sería tan eficaz para usted o le causaría efectos adversos.

Usted o la persona que le receta deben comunicarse con nosotros para solicitarnos una excepción de nivel a la lista de medicamentos, incluida una excepción a una restricción sobre la cobertura. **Cuando solicita una excepción, la persona que le receta deberá explicar los motivos médicos por los cuales necesita la excepción.** Por lo general, tenemos que tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de la persona que le receta. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo en, que su salud podría verse gravemente afectada al tener que esperar hasta 72 horas para una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona que le receta solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que obtengamos la declaración de respaldo de la persona que le receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la lista de medicamentos o tiene una restricción?

Como asegurado nuevo o existente de nuestra cobertura, es posible que esté recibiendo medicamentos que no se encuentran en nuestra lista de medicamentos. O bien, es posible que esté usando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos, pero tiene una restricción sobre la cobertura, como autorización previa. Debe hablar con la persona que le receta sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan la medida correcta para usted, es posible que cubramos un suministro de 30 días de su medicamento, en ciertos casos durante los primeros 90 días que usted esté asegurado por nuestra cobertura.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra lista de medicamentos o tenga una restricción sobre la cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica es por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Si la cobertura no es aprobada después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos sin una excepción a la lista de medicamentos, incluso si ha sido asegurado de la cobertura por menos de 90 días.

Si es un residente de un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si su capacidad para obtener su medicamento es limitada, pero ya han pasado más de los primeros 90 días desde que su cobertura entró en vigencia, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese

medicamento mientras tramita una excepción a la lista de medicamentos.

Para adaptarse a las transiciones inesperadas de nuestros asegurados que no dejan tiempo para la planificación anticipada, como los cambios en el nivel de atención debido al alta de un hospital a un centro de enfermería o a un hogar, HealthSpring permitirá un suministro único de 31 días (a menos que la receta indique menos días).

Lista de medicamentos de HealthSpring

La lista de medicamentos que comienza en la página 8 proporciona información de cobertura sobre todos los medicamentos con cobertura de HealthSpring. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la página 86.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, TRELEGY ELLIPTA) y los medicamentos genéricos están en minúscula y en cursiva (por ejemplo, *atorvastatin*).

La información en la columna de Requisitos/Límites indica si HealthSpring tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Tenemos límites de cantidad para determinados medicamentos que se indican con “QL” en la lista de medicamentos con cobertura por categoría en la página 8 junto con la cantidad suministrada por los días suministrados. (Por ejemplo: atorvastatin de 40 mg QL (30/30); esto significa que el medicamento atorvastatin de 40 mg se limita a 30 tabletas cada 30 días. Para suministros para 90 días, esta cantidad límite se ampliaría a 90 tabletas cada 90 días).

¿Qué es una farmacia preferida de la red?

Nuestra cobertura incluye farmacias preferidas de la red. Puede ahorrar dinero si utiliza estas farmacias. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al **1-800-222-6700** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana de octubre a marzo, y de lunes a viernes de abril a septiembre. El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días feriados federales. También puede visitar www.healthspring.com o www.HealthSpring.com/Resources para obtener el Directorio de farmacias vigente.

Nivel de cobertura para medicamentos y gastos compartidos

HealthSpring cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. El monto que usted paga por un medicamento con receta depende del nivel en que está el medicamento. En general, mientras más alto sea el número de nivel, mayor será el costo del medicamento.

Para las insulinas que están cubiertas por nuestras coberturas, no pagará más de \$35 por cada receta para 30 días y \$0 por cada vacuna para adultos cubierta.

Para la atención a largo plazo (LTC, en inglés), puede obtener un suministro de hasta 31 días. En una farmacia fuera de la red, pagará el copago o porcentaje del costo de la farmacia dentro de la red más el monto que la farmacia fuera de la red facture; los cargos son más altos que nuestros cargos típicos facturados por una farmacia estándar. Si recibe el Beneficio Adicional, estos costos no se aplican. Por lo general, solo paga un copago bajo.

Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: Este nivel incluye medicamentos genéricos recetados con frecuencia. Por lo general, los medicamentos del Nivel 1 serán su opción más económica.

Nivel 2, medicamentos genéricos: Este nivel incluye medicamentos genéricos, pero generalmente cuestan un poco más que los medicamentos genéricos preferidos.

Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos, así como algunos medicamentos genéricos. Tenga en cuenta que el nombre del nivel “Medicamentos de marca preferidos” es solo una descripción de la mayoría de los medicamentos del nivel. No significa que solo haya medicamentos de marca en este nivel.

Nivel 4, medicamentos no preferidos: Este nivel incluye medicamentos de marca de mayor precio y medicamentos genéricos que no están en un nivel preferido. Puede haber alternativas de menor costo para usted. Pregúntele a su médico sobre el cambio a un medicamento cubierto en un nivel inferior.

Nivel 5, medicamentos especializados: Este nivel incluye medicamentos de alto costo. Para la mayoría de las coberturas, pagará un porcentaje de los costos totales de los medicamentos en este nivel, llamado coseguro. Los medicamentos del Nivel 5 son los medicamentos más costosos de la lista de medicamentos.

Los gastos compartidos para cada nivel varían según la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer los montos específicos de gastos compartidos de su cobertura. Para acceder a su EOC, visite www.HealthSpring.com/Resources.

HealthSpring no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos genéricos preferidos y genéricos. Algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Tenga en cuenta que el nombre “Nivel 3: medicamentos de marca preferidos” es solo una descripción de la mayoría de los medicamentos del nivel. No significa que solo haya medicamentos de marca en ese nivel.

Para los asegurados que reciben el Beneficio Adicional:

Su nivel de copago del subsidio por bajos ingresos (LIS, en inglés) se basará en cómo la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) clasifique ciertos medicamentos. Debido a esto, un medicamento genérico puede recibir un copago de marca preferido o un medicamento de marca preferido puede recibir un copago de medicamento genérico. Consulte su Cláusula LIS para obtener información sobre sus niveles de copago o llame a Servicio al Cliente.

Índice de la Lista de medicamentos:

Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos están agrupados por categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista siguiente. Luego busque su medicamento debajo del nombre de la categoría en la lista de medicamentos.

	Página
ANTIINFECCIOSOS	8
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES	18
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y AUTÓNOMO, NEUROLOGÍA, PSICOLOGÍA	30
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	46
TERAPIA DERMATOLÓGICA/ TÓPICA.....	52
DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS.....	57
MEDICAMENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	59
ENDOCRINO/DIABETES	60
GASTROENTEROLOGÍA	65
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	68
SUMINISTROS VARIOS	70
MUSCULOESQUELÉTICA/REUMATOLOGÍA.....	72
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	73
OFTALMOLOGÍA.....	77
RESPIRATORIO Y ALERGIA	79
UROLÓGICOS	82
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	83

Clave de la lista de medicamentos:

B/D: este medicamento con receta tiene un requisito de autorización administrativa previa de la Parte B frente a la D. Este medicamento podría tener cobertura mediante la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias.

EX: medicamento excluido. Este medicamento con receta no suele estar incluido en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare. La cantidad que paga cuando surte una receta médica para este medicamento no se toma en cuenta para los costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no lo ayuda a cumplir con los requisitos para cobertura para casos catastróficos).

Asimismo, si recibe el Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos con receta, no obtendrá el Beneficio Adicional para pagar este medicamento.

LA: disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta esté disponible únicamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. O visite www.healthspring.com.

NDS: medicamentos de suministro diario no extendido. Este medicamento solo está disponible para un suministro de un mes.

PA: este medicamento requiere autorización previa.

QL: este medicamento también cuenta con cantidades límite.

ST: este medicamento tiene requisitos de terapia escalonada.

V: esta vacuna se proporciona sin costo alguno cuando se utiliza en función de las recomendaciones del Comité Asesor en Prácticas de Vacunación (ACIP, en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIFÚNGICOS		
ABELCET	4	PA
<i>amphotericin b</i>	4	PA
<i>amphotericin b liposome</i>	5	PA; NDS
<i>caspofungin</i>	4	PA
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	3	
CRESEMBA ORAL	5	NDS
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	
<i>flucytosine</i>	5	NDS
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	QL (120/30)
<i>ketoconazole oral</i>	3	
<i>miconazole</i>	4	
<i>nystatin oral suspension</i>	2	
<i>nystatin oral tablet</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	
<i>voriconazole intravenous</i>	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	
<i>voriconazole-hpbc</i>	5	PA; NDS
ANTIVIRALES		
<i>abacavir oral solution</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir oral tablet</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	QL (30/30)
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>amantadine hcl</i>	3	
APTIVUS	5	QL (120/30); NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atazanavir oral capsule 200 mg</i>	4	QL (60/30)
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	QL (630/30); NDS
BIKTARVY	5	NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	5	NDS
COMPLERA	5	QL (30/30); NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	5	NDS
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
DOVATO	5	NDS
EDURANT	5	QL (30/30); NDS
EDURANT PED	5	QL (180/30); NDS
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	QL (30/30)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir</i>	4	QL (30/30)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabine</i>	3	QL (30/30)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	5	QL (30/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>etravirine</i>	4	QL (60/30)
EVOTAZ	5	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	3	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	4	QL (120/30)
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ISENTRESS HD	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	5	QL (60/30); NDS
ISENTRESS ORAL TABLET	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION	3	
<i>lamivudine oral solution</i>	3	QL (900/30)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	QL (60/30)
LIVTENCITY	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>maraviroc oral tablet 300 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	QL (1200/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>nevirapine oral tablet</i>	2	QL (60/30)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir oral capsule</i>	3	
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution</i>	4	
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10)	5	QL (20/90); NDS
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	5	QL (11/90); NDS
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	5	QL (30/90); NDS
PIFELTRO	5	NDS
PREVYMIS INTRAVENOUS	5	QL (30/30); NDS
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET	5	QL (120/30); NDS
PREVYMIS ORAL TABLET	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	QL (30/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	QL (400/30); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240/30)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480/30)
RETROVIR INTRAVENOUS	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	QL (240/30); NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>rimantadine</i>	4	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	5	NDS
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SUNLENCA	5	NDS
SYMTUZA	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	4	QL (180/30)
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	4	QL (300/30)
TROGARZO	5	NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	3	QL (120/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	
VEKLURY	5	QL (4/180); NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	4	QL (270/30)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	4	QL (120/30)
VIREAD ORAL POWDER	5	QL (240/30); NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule</i>	3	QL (180/30)
<i>zidovudine oral syrup</i>	3	QL (1680/28)
<i>zidovudine oral tablet</i>	3	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	3	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	3	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml</i>	4	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 GRAM/100 ML, 3 GRAM/150 ML, 3 GRAM/50 ML	4	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 3 gram, 300 gram, 500 mg</i>	4	
CEFAZOLIN INJECTION RECON SOLN 2 GRAM	4	
<i>cefazolin intravenous recon soln 1 gram</i>	4	
CEFAZOLIN INTRAVENOUS RECON SOLN 2 GRAM, 3 GRAM	4	
<i>cefdinir oral capsule</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution</i>	3	
CEFEPIME IN DEXTROSE 5 %	4	
<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i>	4	
<i>cefepime injection</i>	4	
CEFEPIME INTRAVENOUS	4	PA
<i>cefixime</i>	4	
<i>cefotetan injection</i>	4	
<i>cefoxitin</i>	4	PA
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	4	PA
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxime oral tablet</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime</i>	4	PA
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	4	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
CEFTRIAXONE INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	4	
<i>ceftriaxone intravenous</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous</i>	4	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	5	PA; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA
<i>azithromycin oral packet</i>	3	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	3	
<i>azithromycin oral tablet</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	4	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	QL (136/10); NDS
DIFICID ORAL TABLET	5	QL (20/10); NDS
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>erythromycin lactobionate</i>	4	PA
<i>erythromycin oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	4	
<i>erythromycin oral tablet</i>	4	
<i>fidaxomicin</i>	5	QL (20/10); NDS
MEDICAMENTOS ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazole</i>	4	
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>atovaquone</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i>	3	
<i>clindamycin hcl</i>	2	
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR	4	PA
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE	4	PA
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	4	
<i>clindamycin pediatric</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistin (colistimethate na)</i>	4	PA
<i>cycloserine</i>	5	NDS
<i>dapsone oral</i>	3	
DAPTOMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR	5	NDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
EMVERM	5	NDS
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ethambutol</i>	3	
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	PA
<i>gentamicin injection</i>	4	PA
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	4	PA
<i>hydroxychloroquine</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	
IMPAVIDO	5	PA; NDS
<i>isoniazid oral solution</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1	
<i>ivermectin oral</i>	3	PA
<i>lincomycin</i>	4	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolid oral tablet</i>	3	QL (60/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	PA
<i>mefloquine</i>	3	
<i>meropenem</i>	3	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	3	
<i>metro i.v.</i>	4	PA
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>neomycin</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	5	QL (20/10); NDS
<i>pentamidine inhalation</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidine injection</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	4	
<i>pyrazinamide</i>	4	
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate</i>	4	PA; QL (42/30)
<i>rifabutin</i>	4	
<i>rifampin intravenous</i>	4	
<i>rifampin oral</i>	3	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; NDS
SIRTURO ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOUS	5	PA; QL (6/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
STREPTOMYCIN	5	PA; NDS
<i>tigecycline</i>	4	PA
<i>tinidazole</i>	4	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>tobramycin sulfate</i>	4	PA
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	
VANCOMYCIN INJECTION	4	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg</i>	4	
VANCOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 1.25 GRAM, 1.5 GRAM, 1.75 GRAM, 2 GRAM, 750 MG	4	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; QL (40/10)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	4	QL (450/10)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>vancomycin oral recon soln 50 mg/ml</i>	4	QL (450/10)
VANCOMYCIN-DILUENT COMBO NO.1	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (9/30)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam</i>	4	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	5	NDS
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacillin</i>	3	
EXTENCILLINE	4	PA
<i>nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml</i>	4	PA
<i>nafcillin injection</i>	4	PA
<i>oxacillin</i>	4	PA
<i>penicillin g potassium</i>	4	PA
<i>penicillin v potassium oral recon soln</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	1	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	4	
QUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	4	PA
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	
<i>moxifloxacin oral</i>	3	
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER	4	PA
<i>moxifloxacin-sodium chloride(iso)</i>	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazine</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	4	PA
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	2	
TETRACICLINAS		
<i>doxy-100</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	3	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	3	
<i>minocycline oral capsule</i>	3	
NUZYRA INTRAVENOUS	5	PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
NUZYRA ORAL	5	NDS
<i>tetracycline oral capsule</i>	4	
AGENTES PARA EL TRACTO URINARIO		
<i>fosfomycin tromethamine</i>	4	
<i>methenamine hippurate</i>	3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	4	
<i>trimethoprim</i>	2	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES		
AGENTES COMPLEMENTARIOS		
<i>leucovorin calcium injection</i>	4	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg</i>	4	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 5 mg</i>	3	
<i>mesna intravenous</i>	4	B/D PA
<i>mesna oral</i>	5	NDS
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNOSUPRESORES		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ADCETRIS	5	PA; NDS
ADSTILADRIN	5	PA; NDS
AKEEGA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); NDS
ALIQOPA	5	PA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK	5	PA; QL (30/180); NDS
<i>anastrozole</i>	2	
ANKTIVA	5	PA; NDS
<i>arsenic trioxide</i>	4	B/D PA
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
AVMAPKI-FAKZYNJA	5	PA; QL (66/28); NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>azacitidine</i>	4	B/D PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>azathioprine sodium</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	4	B/D PA
<i>bendamustine intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexarotene</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamide</i>	2	
BIZENGRI	5	PA; NDS
<i>bleomycin</i>	4	B/D PA
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	4	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i>	5	PA; NDS
BORUZU	5	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (330/30); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE	5	PA; LA; NDS
<i>busulfan</i>	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatin intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>carmustine intravenous recon soln 100 mg</i>	4	B/D PA
<i>cisplatin intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>cladribine</i>	4	B/D PA
<i>clofarabine</i>	4	B/D PA
COLUMVI	5	PA; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; QL (112/28); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION	5	B/D PA; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3	B/D PA
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>cytarabine</i>	4	B/D PA
<i>cytarabine (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	4	B/D PA
<i>dactinomycin</i>	4	B/D PA
DANYELZA	4	PA
DANZITEN	5	PA; QL (112/28); NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
DATROWAY	5	PA; NDS
<i>daunorubicin</i>	4	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabine</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	4	B/D PA
DOCIVYX	5	B/D PA; NDS
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 50 mg/25 ml</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous solution 20 mg/10 ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELAHERE	5	PA; LA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMPLICITI	5	PA; NDS
EMRELIS	5	PA; NDS
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicin intravenous solution</i>	4	B/D PA
EPKINLY	4	PA
ERBITUX	5	B/D PA; NDS
<i>eribulin</i>	5	PA; NDS
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etoposide intravenous</i>	3	B/D PA
EULEXIN	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg</i>	5	PA; QL (330/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg</i>	4	B/D PA
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.75 mg, 1 mg</i>	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestane</i>	4	
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	B/D PA; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	B/D PA
<i>floxuridine</i>	4	B/D PA
<i>fludarabine</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous</i>	4	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (84/28); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
FYARRO	4	PA
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gefitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	4	B/D PA
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	4	B/D PA
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
GLEOSTINE	4	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (126/28); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA; QL (84/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; QL (168/28); NDS
GRAFAPEX	5	B/D PA; NDS
HERNEXEOS	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>hydroxyurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS
IBTROZI	5	PA; QL (90/30); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>idarubicin</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamide</i>	4	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	3	PA; QL (180/30)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA; QL (324/30); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMDELLTRA	5	PA; NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
IMJUDO	5	PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
IMKELDI	5	PA; QL (280/28); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>irinotecan</i>	4	B/D PA
ITOVEBI	5	PA; QL (60/30); NDS
IWILFIN	5	PA; LA; QL (240/30); NDS
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JAYPIRCA	5	PA; NDS
JEMPERLI	5	PA; NDS
JEVTANA	5	B/D PA; NDS
JYLAMVO	4	
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KIMMTRAK	4	PA
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); NDS
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA; QL (63/28); NDS
KLISYRI (250 MG)	4	ST; QL (5/30)
KLISYRI (350 MG)	4	ST; QL (5/30)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180/30); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>lenalidomide</i>	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozole</i>	2	
LEUKERAN	4	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	4	PA
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	4	PA
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LOQTORZI	5	PA; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA; QL (120/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUNSUMIO	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	4	PA
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	4	PA
LYNOZYFIC	5	PA; NDS
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5	PA; LA; QL (90/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA; LA; QL (150/30); NDS
MARGENZA	5	PA; LA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	3	PA
<i>megestrol oral tablet</i>	3	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN	5	PA; QL (1200/30); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>melphalan hcl</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurine oral suspension</i>	5	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet</i>	3	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln</i>	4	B/D PA
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution</i>	3	B/D PA
<i>methotrexate sodium injection</i>	3	B/D PA

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>methotrexate sodium oral</i>	2	
<i>mitomycin intravenous</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mitoxantrone</i>	4	B/D PA
MODEYSO	5	PA; QL (20/28); NDS
MONJUVI	5	PA; NDS
MVASI	5	PA; NDS
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	B/D PA
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
<i>nelarabine</i>	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	5	PA; QL (112/28); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	5	PA; QL (120/28); NDS
<i>nilutamide</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
<i>octreotide acetate</i>	4	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA; QL (96/28); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5	PA; QL (16/28); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5	PA; QL (20/28); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA; QL (24/28); NDS
OJJAARA	5	PA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	4	B/D PA
ONIVYDE	5	PA; NDS
ONUREG	5	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	5	PA; NDS
OPDIVO QVANTIG	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
OPDUALAG	5	PA; NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30/28); NDS
ORSERDU	5	PA; LA; NDS
<i>oxaliplatin</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel protein-bound</i>	5	PA; NDS
PADCEV	5	PA; NDS
<i>pazopanib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg</i>	4	PA
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS RECON SOLN 750 MG	5	PA; NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
POTELIGEO	5	PA; NDS
PRALATREXATE	5	B/D PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
PROGRAF INTRAVENOUS	4	B/D PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
REZLIDHIA	5	PA; QL (60/30); NDS
REZUROCK	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>romidepsin intravenous recon soln</i>	5	PA; NDS
ROMVIMZA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET	5	PA; QL (360/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVENT	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (224/28); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SARCLISA	5	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (600/30); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (300/30); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	5	NDS
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS
<i>sorafenib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib malate</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
SYLVANT	5	B/D PA; NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule</i>	4	B/D PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; QL (840/28); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALVEY	4	PA
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>tamoxifen</i>	2	
TAZVERIK	5	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	5	PA; LA; NDS
TECVAYLI	4	PA
TEMODAR INTRAVENOUS	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; NDS
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
TEVIMBRA	5	PA; NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>thiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>topotecan intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecan intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>toremifene</i>	4	
TRAZIMERA	5	PA; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	4	PA; QL (1/168)
TRODELVY	5	PA; NDS
TRUQAP	5	PA; QL (64/28); NDS
TRUXIMA	5	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicin</i>	4	B/D PA
VANFLYTA	5	PA; QL (56/28); NDS
VECTIBIX	5	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; QL (84/365); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastine</i>	4	B/D PA
<i>vincristine</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbine</i>	4	B/D PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	5	PA; QL (30/30); NDS
VONJO	5	PA; QL (120/30); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
VYLOY	5	PA; NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS
WELIREG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE	5	PA; QL (60/30); NDS
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XATMEP	4	
XERMELO	5	PA; LA; QL (84/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPOVIO	5	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS
ZIIHERA	5	PA; NDS
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA; LA
ZYNYZ	5	PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y AUTÓNOMO, NEUROLOGÍA, PSICOLOGÍA		
ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	
BRIVIACT ORAL SOLUTION	5	QL (600/30); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET	5	QL (60/30); NDS
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	4	
<i>carbamazepine oral suspension</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg</i>	3	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	3	
CARBAMAZEPINE ORAL TABLET, CHEWABLE 200 MG	3	
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; QL (480/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>clobazam oral tablet 10 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>clobazam oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.5 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 1 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	3	QL (300/30)
DIACOMIT ORAL CAPSULE	5	LA; NDS
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	LA; NDS
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	LA
<i>diazepam rectal</i>	4	
DILANTIN	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
EPRONTIA	4	PA
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg</i>	5	QL (180/30); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 400 mg</i>	5	QL (90/30); NDS
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>ethosuximide oral capsule</i>	3	
<i>ethosuximide oral solution</i>	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
<i>fosphenytoin</i>	3	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	5	QL (720/30); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	QL (30/30); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (60/30)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	QL (60/30); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (360/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentin oral solution</i>	3	QL (2160/30)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>lacosamide intravenous</i>	5	QL (1200/30); NDS
<i>lacosamide oral solution</i>	4	QL (1200/30)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	3	
<i>lamotrigine oral tablets, dose pack</i>	2	
<i>levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	4	
<i>levetiracetam intravenous</i>	3	
<i>levetiracetam oral solution</i>	3	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION	4	
<i>methsuximide</i>	3	
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet</i>	3	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	PA; QL (1500/30)
<i>phenobarbital oral tablet</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	3	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	QL (900/30)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rufinamide oral suspension</i>	5	PA; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	3	PA
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	5	PA; NDS
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter (blue) kit</i>	2	
<i>subvenite starter (green) kit</i>	2	
<i>subvenite starter (orange) kit</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabine</i>	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	3	PA
TOPIRAMATE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 50 MG	2	PA
<i>topiramate oral solution</i>	4	PA
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA
<i>valproate sodium</i>	3	
<i>valproic acid</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	2	
VALTOCO	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrin</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIGAFYDE	5	PA; LA; QL (900/30); NDS
<i>vigpoder</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	PA; QL (56/28); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
XCOPRI ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (480/30); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	PA; QL (56/365)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	PA; QL (56/365); NDS
ZONISADE	5	PA; NDS
<i>zonisamide</i>	2	PA
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1080/30)

AGENTES ANTIPARKINSONISMO

<i>benztropine injection</i>	4	
<i>benztropine oral</i>	3	
<i>bromocriptine</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	4	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	5	PA; QL (300/30); NDS
ONGENTYS	3	
<i>pramipexole oral tablet</i>	3	
<i>rasagiline</i>	4	
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>selegiline hcl</i>	3	
TERAPIA PARA LAS MIGRAÑAS/MIGRAÑAS CÍCLICAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	3	PA; QL (1/30)
<i>dihydroergotamine nasal</i>	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	
<i>naratriptan</i>	3	QL (18/28)
NURTEC ODT	5	PA; QL (16/30); NDS
<i>rizatriptan</i>	3	QL (36/28)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	QL (18/28)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	QL (36/28)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	QL (18/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	4	QL (8/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	4	QL (8/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	QL (8/28)
TERAPIAS NEUROLÓGICAS VARIAS		
<i>dalfampridine</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	4	PA; QL (14/30)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; QL (120/365)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezil oral tablet 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezil oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (30/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
EDARAVONE	4	PA
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	3	QL (30/30)
<i>galantamine oral solution</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamine oral tablet</i>	3	QL (60/30)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; QL (12/28); NDS
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	5	PA; LA; QL (56/365); NDS
INGREZZA SPRINKLE	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	4	PA
<i>memantine oral solution</i>	3	PA; QL (300/30)
<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>memantine oral tablet 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
MEMANTINE ORAL TABLETS, DOSE PACK	3	PA; QL (98/365)
<i>memantine-donepezil</i>	3	PA
NUDEXTA	5	PA; NDS
OCREVUS	5	PA; NDS
RADICAVA	4	PA
<i>rivastigmine</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; QL (240/30)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
TERAPIA ANTIESPASMÓDICA/RELAJANTES MUSCULARES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>baclofen oral tablet 15 mg</i>	3	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA
<i>dantrolene oral</i>	4	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	4	
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE	4	PA; LA
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	3	QL (4500/30)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	3	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	5	NDS
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i>	4	NDS
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	3	
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; QL (120/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 7.5-325 MG/15 ML	4	QL (5550/30); NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	3	QL (50/30); NDS
<i>hydromorphone oral liquid</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hydromorphone oral tablet</i>	3	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
<i>methadone injection solution</i>	4	NDS
<i>methadone intensol</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>methadone oral concentrate</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (600/30); NDS
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	QL (1200/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	3	QL (240/30); NDS
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
<i>morphine injection solution 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML	4	NDS
<i>morphine injection syringe 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 10 MG/ML	4	NDS
<i>morphine intravenous syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine oral solution</i>	3	QL (900/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>morphine oral tablet</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxycodone oral solution</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
OXYCODONE ORAL TABLET, ORAL ONLY 10 MG, 15 MG, 30 MG	3	QL (180/30); NDS
OXYCODONE ORAL TABLET, ORAL ONLY 5 MG	3	QL (360/30); NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr</i>	4	QL (90/30); NDS
SUBLOCADE	5	NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film</i>	4	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>butorphanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	3	
<i>diclofenac sodium topical drops</i>	4	PA; QL (300/28)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	3	
<i>etodolac oral capsule</i>	3	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	4	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naloxone injection solution</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>naloxone injection syringe</i>	3	
<i>naloxone nasal</i>	3	
<i>naltrexone</i>	3	
<i>naproxen oral suspension</i>	4	
<i>naproxen oral tablet</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	3	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	3	
<i>naproxen-esomeprazole</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxaprozin oral tablet</i>	3	
<i>sulindac</i>	2	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>tramadol oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	3	NDS
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 300 mg</i>	3	NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZIMHI	4	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	QL (2.4/56); NDS
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	QL (3.2/56); NDS
ABILIFY MAINTENA	5	QL (1/28); NDS
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>amitriptyline</i>	2	
<i>amoxapine</i>	3	
<i>aripiprazole oral solution</i>	4	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</i>	4	QL (60/30)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>asenapine maleate sublingual tablet 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
AUVELITY	5	ST; QL (60/30); NDS
BELSOMRA	4	QL (30/30)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>buspirone</i>	2	
CAPLYTA	5	QL (30/30); NDS
<i>chlorpromazine</i>	4	
<i>citalopram oral solution</i>	3	
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>citalopram oral tablet 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clomipramine</i>	4	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 12.5 mg, 25 mg</i>	3	
COBENFY	5	ST; QL (60/30); NDS
COBENFY STARTER PACK	5	ST; QL (56/180); NDS
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg</i>	4	
<i>desipramine oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	3	QL (120/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 50 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i>	3	
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release</i>	4	
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet</i>	4	
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam injection</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>diazepam intensol</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam oral concentrate</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam oral solution</i>	4	QL (1800/30)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepin oral capsule</i>	4	
<i>doxepin oral concentrate</i>	4	
<i>doxepin oral tablet</i>	4	QL (30/30)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	2	QL (120/30)
EMSAM	5	QL (30/30); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	4	QL (600/30)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	2	QL (30/30)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
FANAPT ORAL TABLET 8 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FANAPT TITRATION PACK A	4	PA; QL (16/365)
FANAPT TITRATION PACK B	4	PA; QL (24/365)
FANAPT TITRATION PACK C	4	PA; QL (16/365)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; QL (56/365)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	4	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>fluoxetine oral solution</i>	3	
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	3	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	QL (30/30)
<i>haloperidol decanoate</i>	4	
<i>haloperidol lactate injection</i>	4	
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 20 mg</i>	3	
<i>imipramine hcl</i>	4	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	QL (3.5/180); NDS
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	QL (5/180); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	QL (0.75/28); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	QL (1/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	QL (1.5/28); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	QL (0.5/28); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	QL (0.88/90); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	QL (1.32/90); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	QL (1.75/90); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	QL (2.63/90); NDS
<i>lisdexamfetamine oral tablet, chewable</i>	4	QL (30/30)
<i>lithium carbonate oral capsule</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>lithium citrate</i>	1	
<i>lorazepam injection</i>	4	
<i>lorazepam intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam oral concentrate</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>loxapine succinate</i>	3	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	4	QL (60/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate er</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	3	QL (90/30)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 36 mg, 36 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindone</i>	4	
<i>nefazodone</i>	4	
<i>nortriptyline oral capsule</i>	2	
<i>nortriptyline oral solution</i>	3	
NUPLAZID	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	5	ST; QL (90/30); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	5	ST; QL (60/30); NDS
<i>oxazepam</i>	4	QL (120/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 6 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	4	QL (900/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg</i>	3	
<i>perphenazine oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	4	
<i>phenelzine</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>protriptyline</i>	4	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	2	QL (90/30)
<i>quetiapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	QL (60/30)
RALDESY	5	NDS
REXULTI ORAL TABLET	5	QL (30/30); NDS
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	4	QL (2/28)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	QL (2/28); NDS
<i>risperidone oral solution</i>	4	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidone oral tablet 1 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>risperidone oral tablet 2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>risperidone oral tablet 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 1 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	5	QL (30/30); NDS
<i>sertraline oral concentrate</i>	4	
<i>sertraline oral tablet</i>	1	QL (60/30)
SODIUM OXYBATE	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2)	4	PA; QL (16/28)
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 84 MG (28 MG X 3)	4	PA; QL (18/28)
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (60/365)
<i>thioridazine</i>	3	
<i>thiothixene</i>	4	
<i>tranylcypromine</i>	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine</i>	3	
<i>trimipramine</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>venlafaxine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120/30)
VERSACLOZ	5	NDS
<i>vilazodone</i>	4	QL (30/30)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	5	QL (30/30); NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 40 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL (6/30)
<i>zolidem oral tablet</i>	2	QL (30/30)
ZURZUVAE	4	PA

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	PA; QL (1/28); NDS

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>amiodarone oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide</i>	3	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	4	
<i>mexiletine</i>	4	
MULTAQ	4	QL (60/30)
<i>pacerone oral tablet 100 mg</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>pacerone oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr</i>	4	
<i>propafenone oral tablet</i>	3	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	

TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

<i>acebutolol</i>	3	
<i>aliskiren</i>	4	
<i>amiloride</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine</i>	1	
<i>amlodipine-benazepril</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid</i>	3	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	3	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>betaxolol oral</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
BISOPROLOL FUMARATE ORAL TABLET 2.5 MG	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>bumetanide injection</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 2 mg</i>	3	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	3	
<i>captopril</i>	4	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium</i>	4	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidine</i>	4	QL (4/28)
<i>clonidine hcl oral tablet</i>	1	
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule, ext. rel 24h degradable</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	3	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	2	QL (60/30)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	4	
<i>felodipine</i>	2	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>furosemide injection solution</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
FUROSEMIDE ORAL SOLUTION 40 MG/4 ML	1	
<i>furosemide oral tablet</i>	1	
<i>hydralazine injection</i>	4	
<i>hydralazine oral</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30/30)
<i>isosorbide-hydralazine</i>	3	QL (180/30)
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan</i>	1	QL (60/30)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	3	
<i>metolazone</i>	3	
<i>metoprolol succinate</i>	1	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	3	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nebivolol</i>	4	
<i>nicardipine intravenous solution</i>	4	
<i>nicardipine oral</i>	4	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	3	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	3	
<i>nimodipine oral capsule</i>	4	
<i>nisoldipine</i>	4	
<i>olmesartan</i>	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	5	PA; NDS
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	5	PA; NDS
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	5	PA; NDS
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.125 MG	4	PA

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NDS
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>pindolol</i>	3	
<i>prazosin</i>	3	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	4	
<i>propranolol oral solution</i>	3	
<i>propranolol oral tablet</i>	2	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	3	
<i>ramipril</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	3	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>telmisartan-amlodipine</i>	4	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	3	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>toremide oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30/30)
<i>verapamil intravenous solution</i>	4	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	3	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	
TERAPIA DE COAGULACIÓN		
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	5	NDS
<i>aminocaproic acid oral tablet</i>	4	
<i>cilostazol</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>dipyridamole oral</i>	3	
DOPTELET (10 TAB PACK)	5	PA; LA; NDS
DOPTELET (15 TAB PACK)	5	PA; LA; NDS
DOPTELET (30 TAB PACK)	5	PA; LA; NDS
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	
ELIQUIS ORAL TABLET	3	
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i>	5	PA; QL (360/30); NDS
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>eltrombopag olamine oral tablet 75 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>enoxaparin</i>	4	
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	4	
<i>heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml</i>	4	
HEPARIN (PORCINE) IN NACL (PF) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2,000 UNIT/1,000 ML	4	
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	4	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifylline</i>	2	
<i>prasugrel hcl</i>	3	
<i>rivaroxaban</i>	3	
<i>ticagrelor</i>	4	QL (60/30)
<i>warfarin</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	
XARELTO ORAL TABLET	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
AGENTES PARA REDUCIR EL COLESTEROL/LÍPIDOS		
<i>atorvastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	3	
<i>cholestyramine light</i>	3	
<i>colesevelam</i>	4	
<i>colestipol oral granules</i>	4	
<i>colestipol oral packet</i>	4	
<i>colestipol oral tablet</i>	3	
<i>ezetimibe</i>	3	QL (30/30)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline)</i>	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatin oral capsule 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	2	
<i>icosapent ethyl</i>	4	
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	4	
<i>pitavastatin calcium</i>	1	QL (30/30)
<i>pravastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (7/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (6/28)
REPATHA SYRINGE	3	PA; QL (6/28)
<i>rosuvastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatin</i>	1	QL (30/30)
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CAMZYOS	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>digoxin injection solution</i>	4	
<i>digoxin oral solution</i>	3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	4	
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240/30)
<i>ivabradine</i>	4	PA; QL (60/30)
LANOXIN PEDIATRIC	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>ranolazine</i>	4	QL (60/30)
<i>sacubitril-valsartan</i>	3	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAQEL	5	PA; NDS
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual</i>	3	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	3	
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	
TERAPIA DERMATOLÓGICA/ TÓPICA		
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretin</i>	4	PA
<i>calcipotriene scalp</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	QL (120/30)
COSENTYX (2 SYRINGES)	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	5	PA; NDS
COSENTYX PEN	5	PA; QL (10/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
COSENTYX PEN (2 PENS)	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; QL (2.5/28); NDS
COSENTYX UNOREADY PEN	5	PA; QL (10/28); NDS
SELARSDI INTRAVENOUS	5	PA; QL (104/180); NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; QL (0.5/28)
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (2/28); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; QL (104/180); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (0.5/28); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS	5	PA; QL (20/28); NDS
TREMFYA PEN	5	PA; QL (2/28); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	5	PA; QL (24/365); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (2/28); NDS
USTEKINUMAB INTRAVENOUS	5	PA; QL (104/180); NDS
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (0.5/28); NDS
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
USTEKINUMAB SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
ZORYVE TOPICAL CREAM 0.15 %	4	PA; QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>ammonium lactate topical cream</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion</i>	3	
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	3	
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	3	
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	4	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>lidocaine hcl laryngotracheal</i>	3	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator</i>	3	QL (60/30)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	3	
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	3	QL (30/30)
<i>methoxsalen</i>	5	NDS
PANRETIN	5	NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; QL (100/30)
<i>podofilox topical solution</i>	4	
SANTYL	4	QL (180/30)
<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ssd</i>	2	
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
TERAPIA PARA EL ACNÉ		
<i>adapalene topical gel 0.3 %</i>	4	QL (45/30)
<i>adapalene topical gel with pump</i>	4	
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	3	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical gel, once daily</i>	3	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	3	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	3	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	4	QL (60/30)
<i>ery pads</i>	3	
<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	4	
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	3	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	4	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazole topical cream</i>	4	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	3	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>metronidazole topical gel with pump</i>	4	
<i>metronidazole topical lotion</i>	4	
RENOVA TOPICAL CREAM 0.02 %	4	EX; QL (20/30)
<i>tazarotene topical cream</i>	3	PA
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.1 %</i>	4	PA
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.1 %</i>	4	PA
<i>tretinoin topical cream</i>	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i>	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %, 0.05 %</i>	4	PA
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicin topical cream</i>	3	QL (60/30)
<i>gentamicin topical ointment</i>	3	
<i>mupirocin</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocin calcium</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	
ANTIFÚNGICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan topical solution</i>	4	
<i>ciclopirox topical cream</i>	3	QL (90/28)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	3	QL (120/28)
<i>ciclopirox topical solution</i>	4	QL (6.6/28)
<i>ciclopirox topical suspension</i>	3	QL (60/28)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazole topical solution</i>	2	QL (30/28)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	QL (60/28)
<i>econazole nitrate</i>	3	QL (85/28)
<i>ketoconazole topical cream</i>	3	QL (60/28)
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	QL (120/28)
<i>klayesta</i>	3	QL (180/30)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nystatin topical cream</i>	2	QL (30/28)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	QL (30/28)
<i>nystatin topical powder</i>	3	QL (180/30)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	
<i>alclometasone</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate topical cream</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment</i>	4	
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	3	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	3	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	3	
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	4	
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	4	
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	4	
<i>clobetasol scalp</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	4	QL (120/28)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>clobetasol topical foam</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol topical gel</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	QL (118/28)
<i>clobetasol topical ointment</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol</i>	4	QL (125/28)
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	4	QL (120/28)
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonide topical lotion</i>	4	
<i>desonide topical ointment</i>	4	
<i>desoximetasone topical cream</i>	4	
<i>desoximetasone topical gel</i>	4	
<i>desoximetasone topical ointment</i>	4	
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i>	4	
<i>fluocinolone topical oil</i>	4	
<i>fluocinolone topical ointment</i>	3	
<i>fluocinolone topical solution</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	3	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical solution</i>	3	QL (120/30)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	3	
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	3	
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	3	
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	3	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	4	
<i>mometasone topical</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS TÓPICOS		
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin</i>	3	
DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>lactated ringers irrigation</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	4	
<i>ringer's irrigation</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosate</i>	4	
<i>anagrelide</i>	3	
<i>carglumic acid</i>	5	PA; LA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
CUVRIOR	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
D5 % (D-GLUCOSE)-0.9 % SODCHLR	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	4	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	4	
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	4	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	4	
<i>dextrose 25 % in water (d25w)</i>	4	
DEXTROSE 5 % IN WATER (D5W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback</i>	4	
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	4	
DEXTROSE 50 % IN WATER (D50W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe</i>	4	
<i>dextrose 70 % in water (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg</i>	3	
<i>disulfiram oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>glutamine (sickle cell)</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>kionex (with sorbitol)</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	4	
<i>levocarnitine oral solution 100 mg/ml</i>	4	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	4	
<i>midodrine oral tablet 10 mg</i>	4	
<i>midodrine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>nitisinone</i>	5	NDS
<i>pilocarpine hcl oral</i>	4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LA; NDS
REVCovi	5	PA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
REZDIFFRA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>riluzole</i>	3	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram</i>	4	PA; QL (510/30)
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram</i>	4	PA; QL (150/30)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	4	PA; QL (510/30)
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous</i>	4	
SODIUM CHLORIDE IRRIGATION	3	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
<i>sps (with sorbitol) oral</i>	3	
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
TZIELD	4	PA; QL (14/999)
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM	4	QL (120/30)
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	4	QL (30/30)
<i>water for irrigation, sterile</i>	4	
XIAFLEX	5	PA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	4	B/D PA

MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	3	QL (60/30)
NICOTROL NS	4	
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	4	
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	4	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack</i>	4	

MEDICAMENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

AGENTES VARIOS

<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	3	QL (60/30)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal</i>	3	QL (30/30)
<i>oralone</i>	3	
<i>periogard</i>	1	
<i>sodium fluoride 5000 dry mouth</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	2	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide dental</i>	3	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	3	
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	
<i>ofloxacin otic (ear)</i>	4	
ANTIBIÓTICO/ESTEROIDE ÓTICO		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	3	
ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>cortisone</i>	4	
<i>dexamethasone intensol</i>	4	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	3	
<i>dexamethasone oral solution</i>	3	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	4	
<i>fludrocortisone</i>	2	
<i>hydrocortisone oral</i>	3	
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	4	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	4	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	4	
<i>prednisolone oral solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisone intensol</i>	4	
<i>prednisone oral solution</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>prednisone oral tablet</i>	1	
<i>prednisone oral tablets, dose pack</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	4	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	3	
TERAPIA PARA LA DIABETES		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>alcohol pads</i>	3	PA
ALCOHOL PREP PADS	3	PA
ALCOHOL SWABS	3	PA
ALCOHOL WIPES	3	PA
BAQSIMI	3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3	PA
CURITY ALCOHOL SWABS	3	PA
CYCLOSET	4	QL (180/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL ORAL TABLET 10 MG	3	QL (30/30)
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL ORAL TABLET 5 MG	3	QL (60/30)
<i>diazoxide</i>	4	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	3	PA
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	3	PA
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3	PA
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG	3	QL (30/30)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (60/30)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	3	
FIASP U-100 INSULIN	3	
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120/30)
GLIPIZIDE ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (30/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	3	
GVOKE	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYOPEN 1-PACK	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYOPEN 2-PACK	3	QL (0.8/30)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	5	NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART	3	
INSULIN ASPART U-100	3	
IV PREP WIPES	3	PA
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	
LANTUS U-100 INSULIN	3	
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg</i>	4	ST; QL (60/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24hr 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 1,000 mg</i>	4	ST; QL (60/30)
<i>metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 500 mg</i>	4	ST; QL (120/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	1	QL (180/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN	3	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	3	
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3/28)
<i>pioglitazone</i>	1	QL (30/30)
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	3	PA
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	3	PA

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	1	QL (960/30)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	1	QL (480/30)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RYBELSUS	3	PA; QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/24)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	3	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	3	PA
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	3	PA
TRULICITY	3	PA; QL (2/28)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30/30)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZyme	5	PA; NDS
<i>cabergoline</i>	3	
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	
<i>calcitriol oral solution</i>	3	
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopressin injection</i>	4	
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
NAGLAZYME	5	PA; NDS
<i>pamidronate</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
<i>sapropterin</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
<i>testosterone cypionate</i>	3	
<i>testosterone enanthate</i>	3	
<i>testosterone transdermal gel</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	4	QL (150/30)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	4	PA; QL (300/30)
TESTOSTERONE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM)	4	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptan (polycystic kidney dis) oral tablet</i>	5	PA; NDS
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>levo-t</i>	3	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	1	
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	3	
<i>liothyronine oral</i>	3	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	3	
GASTROENTEROLOGÍA		
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine oral capsule</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution</i>	4	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	4	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER INJECTION	4	
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
GLYCOPYRROLATE (PF) INJECTION SYRINGE 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	4	
<i>glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>loperamide oral capsule</i>	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetron</i>	4	PA
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	5	B/D PA; NDS
<i>aprepitant oral capsule 40 mg, 80 mg</i>	4	B/D PA
<i>aprepitant oral capsule, dose pack</i>	4	B/D PA
<i>balsalazide</i>	4	
<i>betaine</i>	5	NDS
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release</i>	4	
<i>budesonide oral tablet, delayed and ext. release</i>	5	NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	4	
<i>compro</i>	4	
<i>constulose</i>	3	
CORTIFOAM	5	NDS
CREON	3	
<i>cromolyn oral</i>	3	
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>enulose</i>	3	
GATTEX 30-VIAL	5	PA; NDS
GATTEX ONE-VIAL	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>generlac</i>	3	
<i>granisetron hcl oral</i>	3	B/D PA
<i>hydrocortisone rectal</i>	3	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	3	
<i>lactulose oral solution</i>	3	
LINZESS	4	QL (30/30)
<i>lubiprostone</i>	3	QL (60/30)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral</i>	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>mesalamine rectal enema</i>	4	
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	4	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
<i>nitroglycerin rectal</i>	4	
OICALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	4	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	4	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	3	B/D PA
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>peg 3350-electrolytes</i>	2	
<i>peg-electrolyte soln</i>	2	
<i>prochlorperazine</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>prochlorperazine maleate</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	3	
<i>proctosol hc topical</i>	3	
<i>proctozone-hc</i>	3	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>scopolamine base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI INTRAVENOUS	5	PA; QL (30/180); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (1.2/56); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (2.4/56); NDS
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	3	
SUCRAID	5	PA; NDS
SUFLAVE	4	
<i>sulfasalazine</i>	2	
SUTAB	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol oral tablet</i>	4	
VOWST	5	PA; LA; NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
------------------------	--------------------------------------	---------------------

ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC)
10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT

TERAPIA PARA ÚLCERAS

<i>dexlansoprazole</i>	4	ST; QL (30/30)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>famotidine oral suspension for reconstitution</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
------------------------	--------------------------------------	---------------------

sucralfate oral tablet

3

TALICIA

4

QL (168/180)

INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML	4	PA
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SYRINGE 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
NYVEPRIA	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	QL (4/28); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	QL (2/28); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>plerixafor</i>	5	B/D PA; NDS
RETACRIT	4	PA
VACUNAS/MEDICAMENTOS INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ABRYSVO (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	3	V
AREXVY (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
ATGAM	4	B/D PA
BCG VACCINE, LIVE (PF)	4	V
BEXSERO	3	V
BOOSTRIX TDAP	3	V
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	
DENG VAXIA (PF)	3	
ENGRIX-B (PF)	3	B/D PA; V
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B/D PA; V
<i>fomepizole</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	V

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF)	3	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	4	B/D PA; V; QL (5/365)
INFANRIX (DTAP) (PF)	3	
IPOL	3	V
IXIARO (PF)	4	V
JYNNEOS (PF)	3	V
KINRIX (PF)	3	
MENQUADFI (PF)	3	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	V
M-M-R II (PF)	3	V
MRESVIA (PF)	3	PA; V; QL (1/365)
PANZYGA	5	B/D PA; NDS
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	3	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	3	V
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF-62 DU/0.5 ML	3	
PRIORIX (PF)	3	V
PROQUAD (PF)	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	B/D PA; V; QL (5/365)
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA; V
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTATEQ VACCINE	3	
SHINGRIX (PF)	3	V; QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	V
TENIVAC (PF)	3	V
TICE BCG	4	B/D PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	V
TRUMENBA	3	V
TWINRIX (PF)	3	V
TYPHIM VI	3	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	V

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	V
VARIVAX (PF)	3	V
VAXCHORA VACCINE	3	V
VIMKUNYA	3	V; QL (1/999)
VIVOTIF	3	V; QL (4/720)
XEMBIFY	5	B/D PA; NDS
YF-VAX (PF)	3	V

SUMINISTROS VARIOS

SUMINISTROS VARIOS

ADVOCATE PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	3	PA; QL (200/30)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	3	PA; QL (200/30)
CURITY GAUZE TOPICAL SPONGE 2 X 2 "	3	PA
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	3	PA; QL (200/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
DROPSAFE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"	3	PA; QL (200/30)
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"	3	PA; QL (200/30)
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	3	PA
INCONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	3	PA; QL (200/30)
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
NANO PEN NEEDLE	3	PA; QL (200/30)
NOVOFINE 32	3	PA; QL (200/30)
NOVOFINE PLUS	3	PA; QL (200/30)
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	QL (20/30)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	3	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	QL (20/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	3	QL (1/365)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1/365)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (20/30)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	3	PA; QL (200/30)
PENTIPS PEN NEEDLE	3	PA; QL (200/30)
TECHLITE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16	3	PA; QL (200/30)
TECHLITE INSULIN SYR(HALF UNIT) SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
TECHLITE PEN NEEDLE NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
TRUEPLUS INSULIN	3	PA; QL (200/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE	3	PA; QL (200/30)
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
ULTRA-FINE PEN NEEDLE NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	3	PA; QL (200/30)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP	3	PA; QL (200/30)
V-GO 20	3	QL (30/30)

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
V-GO 30	3	QL (30/30)
V-GO 40	3	QL (30/30)

MUSCULOESQUELÉTICA/ REUMATOLOGÍA

TERAPIA PARA LA GOTA

<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	3	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	3	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid-colchicine</i>	3	

TERAPIA PARA LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronate oral solution</i>	1	
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
<i>ibandronate oral</i>	3	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifene</i>	3	QL (30/30)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML)	5	PA; QL (2.48/28); NDS

OTROS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HADLIMA	5	PA; QL (4.8/28); NDS
HADLIMA PUSH TOUCH	5	PA; QL (4.8/28); NDS
HADLIMA(CF)	5	PA; QL (2.4/28); NDS
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH	5	PA; QL (2.4/28); NDS
KINERET	5	PA; QL (20.1/30); NDS
<i>leflunomide</i>	3	QL (30/30)
OTEZLA	5	PA; QL (60/30); NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; QL (110/365); NDS
<i>penicillamine</i>	5	NDS
RINVOQ LQ	5	PA; QL (360/30); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5	PA; QL (168/365); NDS
TYENNE AUTOINJECTOR	5	PA; QL (3.6/28); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS	5	PA; QL (3.6/28); NDS

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
<i>dotti</i>	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>emzahh</i>	3	
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	4	QL (8/28)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	4	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal cream</i>	3	
<i>estradiol vaginal tablet</i>	4	
<i>estradiol valerate</i>	4	
<i>gallifrey</i>	3	
<i>heather</i>	3	
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i>	3	
<i>medroxyprogesterone oral</i>	1	
<i>meleya</i>	3	
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	3	
<i>norethindrone acetate</i>	3	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg</i>	4	
<i>orquidea</i>	3	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterone micronized</i>	3	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	
OTROS PARA OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	3	
LILETTA	3	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	3	
NEXPLANON	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>terconazole</i>	3	
<i>tranexamic acid oral</i>	3	
<i>vandazole</i>	3	
<i>zafemy</i>	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera (28)</i>	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	3	
<i>apri</i>	3	
<i>aranelle (28)</i>	3	
<i>ashlyna</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	3	
<i>aurovela 24 fe</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette (28)</i>	3	
<i>balziva (28)</i>	3	
<i>blisovi 24 fe</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	3	
<i>charlotte 24 fe</i>	3	
<i>chateal eq (28)</i>	3	
<i>cryselle (28)</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>daysee</i>	3	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>elimest</i>	3	
<i>enpresse</i>	3	
<i>enskyce</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	3	
<i>falmina (28)</i>	3	
<i>feirza</i>	3	
<i>finzala</i>	3	
<i>galbriela</i>	3	
<i>gemmily</i>	3	
<i>hailey</i>	3	
<i>hailey 24 fe</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>iclevia</i>	3	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel (28)</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>joyeaux</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>junel 1/20 (21)</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>junel fe 24</i>	3	
<i>kaitlib fe</i>	3	
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva (28)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	3	
<i>kurvelo (28)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>larin 1/20 (21)</i>	3	
<i>larin 24 fe</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest (28)</i>	3	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>	3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna (28)</i>	3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	3	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	3	
<i>lutra (28)</i>	3	
<i>marlissa (28)</i>	3	
<i>merzee</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>minzoya</i>	3	
<i>mono-lynah</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	3	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule</i>	3	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	3	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable</i>	3	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea (28)</i>	3	
<i>portia 28</i>	3	
<i>reclipsen (28)</i>	3	
<i>rivelsa</i>	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>rosyrah</i>	3	
<i>setlakin</i>	3	
<i>simliya</i> (28)	3	
<i>simpesse</i>	3	
<i>sprintec</i> (28)	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina</i> 24 fe	3	
<i>tarina</i> fe 1-20 eq (28)	3	
<i>tilia</i> fe	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest</i> fe	3	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-sprintec</i> (28)	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra</i> lo	3	
<i>turqoz</i> (28)	3	
<i>tydemy</i>	3	
<i>valtya</i>	3	
<i>velivet triphasic regimen</i> (28)	3	
<i>vestura</i> (28)	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>viorele</i> (28)	3	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>volnea</i> (28)	3	
<i>vyfemla</i> (28)	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera</i> (28)	3	
<i>wymzya</i> fe	3	
<i>xarah</i> fe	3	
<i>xelria</i> fe	3	
<i>zovia</i> 1-35 (28)	3	
<i>zumandimine</i> (28)	3	

OFTALMOLOGÍA

ANTIBIÓTICOS

<i>bacitracin ophthalmic</i> (eye)	4	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	2	
BESIVANCE	4	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic</i> (eye)	2	
<i>erythromycin ophthalmic</i> (eye)	2	
<i>gentamicin ophthalmic</i> (eye) drops	3	
<i>moxifloxacin ophthalmic</i> (eye)	3	
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	
<i>ofloxacin ophthalmic</i> (eye)	2	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	
ANTIVIRALES		
<i>trifluridine</i>	3	
ZIRGAN	4	
BETABLOQUEANTES		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	
OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	
ATROPINE SULFATE (PF)	3	
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	3	
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i>	4	QL (60/30)
CYSTARAN	5	PA; NDS
EYLEA	5	PA; QL (0.1/28); NDS
MIEBO (PF)	3	QL (3/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
OXERVATE	5	PA; QL (112/56); NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	3	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	
XDEMZY	4	PA; QL (10/42)
XIIDRA	3	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	4	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %</i>	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
MEDICAMENTOS ORALES PARA GLAUCOMA		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release</i>	4	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	3	
<i>acetazolamide sodium</i>	4	
<i>methazolamide</i>	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
OTROS MEDICAMENTOS PARA GLAUCOMA		
<i>brimonidine-timolol</i>	4	
<i>brinzolamide</i>	4	
<i>dorzolamide</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol</i>	3	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	
<i>travoprost</i>	4	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	4	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	
ESTEROIDES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	3	
<i>difluprednate</i>	3	
<i>fluorometholone</i>	3	
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	4	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
LOTEMAX SM	4	
<i>loteprednol etabonate</i>	4	
<i>prednisolone acetate</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	3	
SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>apraclonidine</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIALÉRGICOS/ANTIHISTAMINAS		
<i>desloratadine oral tablet</i>	3	QL (30/30)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	4	
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	QL (2/30)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i>	3	QL (2/30)
<i>epinephrine injection solution</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	3	PA

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>hydroxyzine pamoate</i>	3	PA
<i>levocetirizine oral tablet</i>	3	QL (30/30)
<i>promethazine oral syrup</i>	4	PA
<i>promethazine oral tablet</i>	2	PA
AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine</i>	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	QL (17/30)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	4	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (NDA020983)	4	QL (36/30)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml</i>	3	B/D PA

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	2	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	
<i>ambrisentan</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>breyna</i>	4	QL (10.3/30)
<i>budesonide inhalation</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>cromolyn inhalation</i>	3	B/D PA
FASENRA PEN	5	PA; QL (1/28); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
<i>flunisolide</i>	3	QL (50/30)
FLUTICASONE PROPIONATE NASAL	2	QL (16/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
<i>icatibant</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>montelukast oral granules in packet</i>	4	QL (30/30)
<i>montelukast oral tablet</i>	1	QL (30/30)
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	1	QL (30/30)
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	5	PA; QL (112/28); NDS
<i>pirfenidone oral capsule</i>	5	PA; QL (270/30); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; QL (270/30); NDS
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>roflumilast</i>	4	PA; QL (30/30)
RYALTRIS	4	ST

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet</i>	3	PA; QL (90/30)
SPIRIVA RESPIMAT	4	ST; QL (4/30)
<i>terbutaline</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>tiotropium bromide</i>	4	QL (30/30)
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL	5	PA; QL (56/28); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL	5	PA; QL (84/28); NDS
TYVASO	4	B/D PA
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	4	B/D PA
TYVASO REFILL KIT	4	B/D PA
TYVASO STARTER KIT	4	B/D PA

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
WINREVAIR	5	PA; QL (1/21); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)
UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>fesoterodine</i>	4	QL (30/30)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	QL (60/30)
<i>solifenacin</i>	4	
<i>tolterodine</i>	4	
TERAPIA PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
<i>alfuzosin</i>	2	
<i>dutasteride</i>	3	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>tamsulosin</i>	2	QL (60/30)
UROLÓGICOS VARIOS		
<i>bethanechol chloride</i>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq</i>	4	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	3	
RENACIDIN	4	
<i>sildenafil</i>	2	EX; QL (6/30)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	4	PA; QL (30/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	4	PA; QL (360/30)
<i>klor-con</i>	2	
<i>klor-con 10</i>	1	
<i>klor-con 8</i>	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>lactated ringers intravenous</i>	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	4	
<i>magnesium sulfate in water</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection</i>	4	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	4	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l</i>	4	

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride in Ir-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	4	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	3	
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	
<i>potassium chloride oral packet</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals</i>	1	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i>	4	
<i>ringer's intravenous</i>	4	
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous</i>	4	
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	4	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	4	
<i>sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml</i>	4	
SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MEQ/ML	4	
PRODUCTOS DE NUTRICIÓN VARIOS		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	4	B/D PA

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINISOL SF 15 %	4	B/D PA
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	4	
<i>intralipid intravenous emulsion 20 %</i>	4	B/D PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
<i>premasol 10 %</i>	5	B/D PA; NDS
PROSOL 20 %	4	B/D PA
<i>travasol 10 %</i>	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>bal-care dha</i>	3	
<i>c-nate dha</i>	3	
<i>complete natal dha</i>	3	
<i>elite-ob</i>	3	
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	
<i>fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	EX; QL (30/30)

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de cobertura para medicamentos	Requisitos/ Límites
<i>folivane-ob</i>	3	
<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	
<i>m-natal plus</i>	3	
<i>pnv-dha</i>	3	
<i>pnv-omega</i>	3	
<i>pnv-select</i>	3	
<i>pr natal 400</i>	3	
<i>pr natal 400 ec</i>	3	
<i>pr natal 430</i>	3	
<i>pr natal 430 ec</i>	3	
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	3	
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	3	
<i>se-natal 19</i>	3	
<i>se-natal 19 chewable</i>	3	
<i>taron-c dha</i>	3	
<i>trinatal rx 1</i>	3	
<i>vitamin d2</i>	2	EX
<i>wescap-pn dha</i>	3	
<i>wesnate dha</i>	3	
<i>westab plus</i>	3	
<i>westgel dha</i>	2	

EN MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

En minúscula cursiva = medicamento genérico

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página 7.

Índice

A

abacavir.....	8
abacavir-lamivudine	8
ABELCET	8
ABILIFY ASIMTUFII	39
ABILIFY MAINTENA	39
abiraterone	18
ABRYSVO (PF).....	69
acamprosate	57
acarbose	61
acebutolol.....	46
acetaminophen-codeine.....	36
acetazolamide	78
acetazolamide sodium	78
acetic acid	60
acetylcysteine.....	80
acitretin.....	52
ACTHIB (PF).....	69
ACTIMMUNE	68
acyclovir	8
acyclovir sodium.....	8
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	69
adapalene	54
ADCETRIS	18
ADEMPAS.....	80
ADSTILADRIN	18
ADVAIR HFA.....	80
ADVOCATE PEN NEEDLE.....	70
afirmelle.....	74
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	34
AKEEGA	18
ala-cort	56
albendazole.....	13
albuterol sulfate.....	80
ALBUTEROL SULFATE.....	80
alclometasone	56
alcohol pads	61
ALCOHOL PREP PADS	61
ALCOHOL SWABS	61
ALCOHOL WIPES	61
ALDURAZYME.....	64
ALECENSA.....	18
alendronate	72
alfuzosin	82
ALIQOPA	18
aliskiren	46
allopurinol.....	72
alosetron	66
alprazolam.....	39

altavera (28)	74
ALUNBRIG	18
alyacen 1/35 (28).....	74
alyacen 7/7/7 (28).....	74
amantadine hcl	8
ambrisentan.....	80
amethia.....	74
amethyst (28).....	74
amikacin	13
amiloride.....	46
amiloride- hydrochlorothiazide	46
aminocaproic acid.....	49
amiodarone.....	46
amitriptyline	39
amlodipine	46
amlodipine-benazepril	46
amlodipine-valsartan	46
amlodipine-valsartan- hcthiacid	46
ammonium lactate	53
amoxapine.....	39
amoxicillin	16
amoxicillin-pot clavulanate.....	16
amphotericin b	8
amphotericin b liposome.....	8
ampicillin.....	16
ampicillin sodium	16
ampicillin-sulbactam	16
anagrelide.....	57
anastrozole.....	18
ANKTIVA	18
ANORO ELLIPTA.....	80
apraclonidine	79
aprepitant	66
apri	74
APTIVUS	8
aranelle (28)	74
ARCALYST.....	68
AREXVY (PF).....	69
arformoterol	80
ARIKAYCE	13
aripiprazole.....	39
ARNUIITY ELLIPTA	80
arsenic trioxide	18
asenapine maleate	39
ashlyna	74
ASSURE ID INSULIN SAFETY	70
atazanavir.....	8

atenolol	46
atenolol-chlorthalidone	46
ATGAM.....	69
atomoxetine	39
atorvastatin	51
atovaquone.....	14
atovaquone-proguanil	14
atropine.....	78
ATROPINE SULFATE (PF)	78
ATROVENT HFA	80
aubra eq	74
AUGMENTIN	16
AUGTYRO.....	18
aurovela 1.5/30 (21)	74
aurovela 1/20 (21)	74
aurovela 24 fe.....	74
aurovela fe 1.5/30 (28)	74
aurovela fe 1-20 (28)	74
AUVELITY	39
aviane	74
AVMAPKI-FAKZYNJA	18
ayuna	74
AYVAKIT	18
azacitidine.....	19
azathioprine	19
azathioprine sodium	19
azelastine	59, 78
azithromycin	13
aztreonam.....	14
azurette (28)	74

B

bacitracin	77
bacitracin-polymyxin b	77
baclofen	35
bal-care dha.....	84
balsalazide.....	66
BALVERSA.....	19
balziva (28)	74
BAQSIMI.....	61
BARACLUDE.....	8
BAVENCIO	19
BCG VACCINE, LIVE (PF)	69
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	70
BELEODAQ.....	19
BELSOMRA.....	39
benazepril	46
benazepril- hydrochlorothiazide	46
bendamustine.....	19

BENDAMUSTINE.....	19	butorphanol	38	cefotetan	12
BENDEKA	19	C		cefoxitin	12
BENLYSTA	72	CABENUVA.....	9	cefoxitin in dextrose, iso-	
benztropine	33	cabergoline	64	osm	12
BESIVANCE.....	77	CABOMETYX	19	cefpodoxime	12
BESPONSA	19	calcipotriene	52	cefprozil	12
BESREMI	68	calcitonin (salmon).....	64	ceftazidime	12
betaine	66	calcitriol.....	64	ceftriaxone	12, 13
betamethasone dipropionate.....	56	calcium acetate(phosphat		CEFTRIAZONE	13
betamethasone valerate.....	56	bind)	83	ceftriaxone in dextrose,iso-	
betamethasone, augmented	56	CALQUENCE		os	12
betaxolol.....	46	(ACALABRUTINIB MAL)	19	cefuroxime axetil.....	13
bethanechol chloride	82	camila	73	cefuroxime sodium	13
bexarotene	19	camrese	75	celecoxib	38
BEXSERO	69	camrese lo	75	cephalexin	13
bicalutamide	19	CAMZYOS.....	51	CEREZYME.....	64
BICILLIN L-A	16	candesartan.....	47	charlotte 24 fe	75
BIKTARVY	8	candesartan-		chateal eq (28).....	75
bisoprolol fumarate.....	47	hydrochlorothiazid	47	CHEMET	57
BISOPROLOL FUMARATE	47	CAPLYTA	39	chloramphenicol sod	
bisoprolol-		CAPRELSA	19	succinate	14
hydrochlorothiazide	47	captopril	47	chlorhexidine gluconate.....	59
BIZENGRI	19	carbamazepine	30	chloroquine phosphate	14
bleomycin	19	CARBAMAZEPINE.....	30	chlorothiazide sodium	47
BLINCYTO	19	carbidopa.....	33	chlormpromazine	39
blisovi 24 fe	74	carbidopa-levodopa	33, 34	chlorthalidone	47
blisovi fe 1.5/30 (28).....	74	carbidopa-levodopa-		cholestyramine (with sugar).....	51
blisovi fe 1/20 (28).....	74	entacapone.....	34	cholestyramine light	51
BOOSTRIX TDAP	69	carboplatin	19	CHORIONIC	
bortezomib	19	CARETOUCH ALCOHOL		GONADOTROPIN,	
BORTEZOMIB	19	PREP PAD	61	HUMAN	64
BORUZU	19	carglumic acid.....	57	ciclodan	55
BOSULIF	19	carmustine	19	ciclopirox.....	55
BRAFTOVI	19	carteolol	78	cilostazol	49
BREO ELLIPTA.....	80	cartia xt.....	47	CIMDUO	9
breyana	80	carvedilol	47	cinacalcet.....	64
briellyn	75	casprofungin	8	ciprofloxacin.....	17
brimonidine	79	CAYSTON	14	ciprofloxacin hcl	17, 77
brimonidine-timolol	79	cefaclor	11, 12	ciprofloxacin in 5 % dextrose	17
brinzolamide	79	cefadroxil	12	ciprofloxacin-	
BRIVIACT.....	30	cefazolin	12	dexamethasone	60
bromfenac	78	CEFAZOLIN	12	cisplatin.....	19
bromocriptine	33	cefazolin in dextrose (iso-os).....	12	citalopram	39, 40
BRUKINSA.....	19	CEFAZOLIN IN DEXTROSE		cladribine	19
budesonide.....	66, 80	(ISO-OS)	12	claravis	54
bumetanide	47	cefdinir	12	clarithromycin	13
buprenorphine hcl	36	cefepime	12	CLENPIQ.....	66
buprenorphine-naloxone	37	CEFEPIME	12	clindamycin hcl	14
bupropion hcl.....	39	CEFEPIME IN DEXTROSE		CLINDAMYCIN IN 0.9 %	
bupropion hcl (smoking		5 %	12	SOD CHLOR	14
deter)	59	cefepime in dextrose,iso-		CLINDAMYCIN IN 5 %	
bupirone	39	osm	12	DEXTROSE.....	14
busulfan.....	19	cefexime	12	clindamycin palmitate hcl.....	14

clindamycin pediatric	14
clindamycin phosphate.....	14, 54, 74
CLINIMIX 4.25%/D10W	
SULF FREE	84
CLINIMIX 4.25%/D5W	
SULFITE FREE	57
CLINIMIX 5%/D15W	
SULFITE FREE	84
CLINIMIX 5%-	
D20W(SULFITE-FREE)	84
CLINIMIX 6%-D5W	
(SULFITE-FREE)	84
CLINIMIX 8%-	
D10W(SULFITE-FREE)	84
CLINIMIX 8%-	
D14W(SULFITE-FREE)	84
CLINISOL SF 15 %	84
clobazam	30
clobetasol	56
clobetasol-emollient	56
clodan	56
clofarabine	19
clomipramine	40
clonazepam	30
clonidine	47
clonidine hcl	47
clopidogrel	50
clorazepate dipotassium	40
clotrimazole	8, 55
clotrimazole-betamethasone	55
clozapine	40
c-nate dha	84
COARTEM	14
COBENFY	40
COBENFY STARTER PACK	40
colchicine	72
colesevelam	51
colestipol	51
colistin (colistimethate na)	14
COLUMVI	19
COMBIVENT RESPIMAT	80
COMETRIQ	19, 20
COMPLERA	9
complete natal dha	84
compro	66
constulose	66
COPIKTRA	20
CORTIFOAM	66
cortisone	60
COSENTYX	52
COSENTYX (2 SYRINGES)	52
COSENTYX PEN	52
COSENTYX PEN (2 PENS)	52

COSENTYX UNOREADY	
PEN	52
COTELLIC	20
CREON	66
CRESEMBA	8
cromolyn	66, 78, 80
cryselle (28)	75
CURITY ALCOHOL SWABS	61
CURITY GAUZE	70
CUVRIOR	57
cyclobenzaprine	35
cyclophosphamide	20
CYCLOPHOSPHAMIDE	20
cycloserine	14
CYCLOSET	61
cyclosporine	20, 78
cyclosporine modified	20
CYRAMZA	20
cyred eq	75
CYSTAGON	82
CYSTARAN	78
cytarabine	20
cytarabine (pf)	20
D	
d10 %-0.45 % sodium	
chloride	57
d2.5 %-0.45 % sodium	
chloride	57
D5 % (D-GLUCOSE)-0.9 %	
SODCHLR	57
d5 % and 0.9 % sodium	
chloride	58
d5 %-0.45 % sodium	
chloride	58
dacarbazine	20
dactinomycin	20
dalfampridine	34
danazol	64
dantrolene	35
DANYELZA	20
DANZITEN	20
DAPAGLIFLOZIN	
PROPANEDIOL	61
dapsone	14
DAPTACEL (DTAP	
PEDIATRIC) (PF)	69
daptomycin	14
DAPTOMYCIN	14
DAPTOMYCIN IN 0.9 %	
SOD CHLOR	14
darunavir	9
DARZALEX	20
DARZALEX FASPRO	20

dasatinib	20
dasetta 1/35 (28)	75
dasetta 7/7/7 (28)	75
DATROWAY	20
daunorubicin	20
DAURISMO	20
daysee	75
deblitane	73
decitabine	20
deferasirox	58
DELSTRIGO	9
DENGVAIXIA (PF)	69
DEPO-SUBQ PROVERA	
104	73
DESCOVY	9
desipramine	40
desloratadine	79
desmopressin	64
desog-e.estradiol/e.estradiol	75
desonide	56
desoximetasone	56
desvenlafaxine succinate	40
dexamethasone	60
dexamethasone intensol	60
dexamethasone sodium	
phos (pf)	60
dexamethasone sodium	
phosphate	60, 79
dexlansoprazole	68
dexmethylphenidate	40
dextroamphetamine sulfate	40
dextroamphetamine-	
amphetamine	40
dextrose 10 % and 0.2 %	
nacl	58
dextrose 10 % in water	
(d10w)	58
dextrose 25 % in water	
(d25w)	58
dextrose 5 % in water (d5w)	58
DEXTROSE 5 % IN WATER	
(D5W)	58
dextrose 5 %-lactated	
ringers	58
dextrose 5%-0.2 % sod	
chloride	58
dextrose 5%-0.3 %	
sod.chloride	58
dextrose 50 % in water	
(d50w)	58
DEXTROSE 50 % IN	
WATER (D50W)	58
dextrose 70 % in water	

(d70w)	58
DIACOMIT	30
diazepam	30, 40, 41
diazepam intensol	41
diazoxide	61
diclofenac potassium	38
diclofenac sodium	38, 78
dicloxacillin	16
dicyclomine	65
DIFICID	13
diflunisal	38
difluprednate	79
digoxin	51
dihydroergotamine	34
DILANTIN	30
diltiazem hcl	47
dilt-xr	47
dimethyl fumarate	34
diphenhydramine hcl	79
diphenoxylate-atropine	65
dipyridamole	50
disulfiram	58
divalproex	30, 31
docetaxel	20
DOCIVYX	20
dofetilide	46
dolishale	75
donepezil	34
DOPTELET (10 TAB PACK)	50
DOPTELET (15 TAB PACK)	50
DOPTELET (30 TAB PACK)	50
dorzolamide	79
dorzolamide-timolol	79
dotti	73
DOVATO	9
doxazosin	47
doxepin	41
doxercalciferol	64
doxorubicin	20
doxorubicin, peg-liposomal	20
doxy-100	17
doxycycline hyclate	17
doxycycline monohydrate	17
DRIZALMA SPRINKLE	41
dronabinol	66
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	70
DROPLET PEN NEEDLE	71
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	61
DROPSAFE PEN NEEDLE	71
drospirenone-e.estradiol- lm.fa	75

drospirenone-ethinyl estradiol	75
DROXIA	20
droxidopa	58
DUAVEE	73
duloxetine	41
DUPIXENT PEN	53
DUPIXENT SYRINGE	53
dutasteride	82
E	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	61
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	71
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	61
econazole nitrate	55
EDARAVONE	35
EDARBI	47
EDARBYCLOR	47
EDURANT	9
EDURANT PED	9
efavirenz	9
efavirenz-emtricitabin- tenofov	9
efavirenz-lamivu-tenofov disop	9
ELAHERE	20
ELAPRASE	64
electrolyte-48 in d5w	84
elinest	75
ELIQUIS	50
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	50
elite-ob	84
ELMIRON	82
ELREXFIO	21
eltrombopag olamine	50
ELZONRIS	21
EMPLICITI	21
EMRELIS	21
EMSAM	41
emtricitabine	9
emtricitabine-tenofovir (tdf)	9
emtricitabine-tenofovir df	9
EMTRIVA	9
EMVERM	14
emzahn	73
enalapril maleate	47
enalapril-hydrochlorothiazide	47
ENBREL	73
ENBREL MINI	72
ENBREL SURECLICK	73

endocet	36
ENERGIX-B (PF)	69
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	69
ENHERTU	21
enoxaparin	50
enpresse	75
enskyce	75
entacapone	34
entecavir	9
ENTRESTO SPRINKLE	51
enulose	66
ENVARSUS XR	21
EPCLUSA	9
EPIDIOLEX	31
epinephrine	79
EPINEPHRINE	79
epirubicin	21
EPKINLY	21
EPRONTIA	31
ERBITUX	21
ergotamine-caffeine	34
eribulin	21
ERIVEDGE	21
ERLEADA	21
erlotinib	21
errin	73
ertapenem	14
ery pads	54
ERYTHROCIN	13
erythrocin (as stearate)	13
erythromycin	13, 77
erythromycin ethylsuccinate	13
erythromycin lactobionate	13
erythromycin with ethanol	54
erythromycin-benzoyl peroxide	54
escitalopram oxalate	41
eslicarbazepine	31
esomeprazole magnesium	68
estarylla	75
estradiol	73
estradiol valerate	73
ethacrynate sodium	47
ethambutol	14
ethosuximide	31
ethynodiol diac-eth estradiol	75
etodolac	38
etonogestrel-ethinyl estradiol	74
ETOPOPHOS	21
etoposide	21
etravirine	9
EULEXIN	21

everolimus (antineoplastic)	21	fluconazole in nacl (iso-osm)	8	gefitinib	22
everolimus (immunosuppressive)	21	flucytosine	8	gemcitabine	22
EVOMELA	21	fludarabine	21	GEMCITABINE	22
EVOTAZ	9	fludrocortisone	60	gemfibrozil	51
exemestane	21	flunisolide	80	gemmily	75
EXTENCILLINE	16	fluocinolone	56	generlac	66
EYLEA	78	fluocinolone acetonide oil	60	gengraf	22
ezetimibe	51	fluocinolone and shower cap	56	GENOTROPIN	68
ezetimibe-simvastatin	51	fluocinonide	57	GENOTROPIN MINIQUEL	68
F		fluoride (sodium)	59, 84	gentamicin	14, 55, 77
FABRAZYME	64	fluorometholone	79	gentamicin in nacl (iso-osm)	14
falmina (28)	75	fluorouracil	21, 53	GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM)	14
famciclovir	9	fluoxetine	41	gentamicin sulfate (ped) (pf)	14
famotidine	68	fluphenazine decanoate	41	GENVOYA	9
FANAPT	41	fluphenazine hcl	41, 42	GILOTRIF	22
FANAPT TITRATION PACK A	41	flurbiprofen	38	glatiramer	35
FANAPT TITRATION PACK B	41	flurbiprofen sodium	78	glatopa	35
FANAPT TITRATION PACK C	41	fluticasone propionate	57	GLEOSTINE	22
FARXIGA	61	FLUTICASONE PROPIONATE	80	glimepiride	61
FARYDAK	21	fluvastatin	51	glipizide	61, 62
FASENRA	80	fluvoxamine	42	GLIPIZIDE	61
FASENRA PEN	80	folic acid	84	glipizide-metformin	62
febuxostat	72	folivane-ob	85	GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT	62
feirza	75	FOLOTYN	21	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	62
felbamate	31	fomepizole	69	glutamine (sickle cell)	58
felodipine	47	fondaparinux	50	glycopyrrolate	66
fenofibrate	51	fosamprenavir	9	glycopyrrolate (pf)	66
fenofibrate micronized	51	fosfomycin tromethamine	18	GLYCOPYRROLATE (PF)	66
fenofibrate nanocrystallized	51	fosinopril	47	glycopyrrolate (pf) in water	66
fenofibric acid (choline)	51	fosinopril- hydrochlorothiazide	47	GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER	66
fentanyl	36	fosphenytoin	31	glydo	53
fentanyl citrate	36	FOTIVDA	22	GOMEKLI	22
fesoterodine	82	FRUZAQLA	22	GRAFAPEX	22
FETZIMA	41	fulvestrant	22	granisetron hcl	66
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	61	furosemide	47, 48	griseofulvin microsize	8
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	61	FUROSEMIDE	48	griseofulvin ultramicrosize	8
FIASP U-100 INSULIN	61	FUZEON	9	guanfacine	42
fidaxomicin	13	FYARRO	22	GVOKE	62
finasteride	82	FYCOMPA	31	GVOKE HYOPEN 1-PACK	62
FINTEPLA	31	G		GVOKE HYOPEN 2-PACK	62
finzala	75	gabapentin	31	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	62
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	21	galantamine	35	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	62
flac otic oil	60	galbriela	75	H	
flecainide	46	gallifrey	73	HADLIMA	73
floxuridine	21	GARDASIL 9 (PF)	69	HADLIMA PUSHTOUCH	73
fluconazole	8	GATTEX 30-VIAL	66	HADLIMA(CF)	73
		GATTEX ONE-VIAL	66	HADLIMA(CF)	
		GAUZE PAD	71		
		gavilyte-c	66		
		GAVRETO	22		
		GAZYVA	22		

PUSHTOUCH	73
HAEGARDA	81
hailey	75
hailey 24 fe	75
hailey fe 1.5/30 (28)	75
hailey fe 1/20 (28)	75
halobetasol propionate	57
haloperidol	42
haloperidol decanoate	42
haloperidol lactate	42
HARVONI	9
HAVRIX (PF)	69
heather	73
heparin (porcine)	50
heparin (porcine) in 5 % dex	50
heparin (porcine) in nacl (pf)	50
HEPARIN (PORCINE) IN NACL (PF)	50
heparin(porcine) in 0.45% nacl	50
heparin, porcine (pf)	50
HEPLISAV-B (PF)	69
HERNEXEOS	22
HIBERIX (PF)	69
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	62
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	62
hydralazine	48
hydrochlorothiazide	48
hydrocodone- acetaminophen	36
HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN	36
hydrocodone-ibuprofen	36
hydrocortisone	57, 60, 66
hydrocortisone sod succinate	60
hydrocortisone valerate	57
hydrocortisone-acetic acid	60
hydromorphone	36
hydroxychloroquine	14
hydroxyurea	22
hydroxyzine hcl	79
hydroxyzine pamoate	80
I	
ibandronate	72
IBRANCE	22
IBTROZI	22
ibu	38
ibuprofen	38
icatibant	81
iclevia	75

ICLUSIG	22
icosapent ethyl	51
idarubicin	22
IDHIFA	22
ifosfamide	22
imatinib	22
IMBRUVICA	22
IMDELLTRA	22
IMFINZI	22
imipenem-cilastatin	14
imipramine hcl	42
imiquimod	53
IMJUDO	22
IMKELDI	23
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	69
IMPAVIDO	14
INBRIJA	34
incassia	73
INCONTROL PEN NEEDLE	71
INCRELEX	58
INCRUSE ELLIPTA	81
indapamide	48
INFANRIX (DTAP) (PF)	69
INFUMORPH P/F	36
INGREZZA	35
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	35
INGREZZA SPRINKLE	35
INLYTA	23
INQOVI	23
INREBIC	23
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART	62
INSULIN ASPART U-100	62
INSULIN SYRINGE- NEEDLE U-100	71
INTELENCE	9
intralipid	84
INTRALIPID	84
introvale	75
INVEGA HAFYERA	42
INVEGA SUSTENNA	42
INVEGA TRINZA	42
IPOL	69
ipratropium bromide	59, 81
ipratropium-albuterol	81
irbesartan	48
irbesartan- hydrochlorothiazide	48
irinotecan	23
ISENTRESS	10
ISENTRESS HD	10

isibloom	75
isoniazid	14
isosorbide dinitrate	52
isosorbide mononitrate	52
isosorbide-hydralazine	48
isotretinoin	54
ITOVEBI	23
itraconazole	8
IV PREP WIPES	62
ivabradine	51
ivermectin	14
IWILFIN	23
IXEMPRA	23
IXIARO (PF)	69
J	
jaimiess	75
JAKAFI	23
jantoven	50
JANUMET	62
JANUMET XR	62
JANUVIA	62
JARDIANCE	62
jasmiel (28)	75
JAYPIRCA	23
JEMPERLI	23
jencycla	73
JENTADUETO	62
JENTADUETO XR	62
JEVTANA	23
jolessa	75
joyeaux	75
juleber	75
JULUCA	10
junel 1.5/30 (21)	75
junel 1/20 (21)	75
junel fe 1.5/30 (28)	75
junel fe 1/20 (28)	75
junel fe 24	75
JYLAMVO	23
JYNARQUE	64
JYNNEOS (PF)	69
K	
KABIVEN	84
KADCYLA	23
kaitlib fe	75
KALETRA	10
kalliga	75
KALYDECO	81
KANJINTI	23
kariva (28)	75
kelnor 1/35 (28)	75
KERENDIA	48
ketoconazole	8, 55

ketorolac.....	78	LEUPROLIDE ACETATE (3		loteprednol etabonate.....	79
KEYTRUDA.....	23	MONTH).....	24	lovastatin.....	51
KIMMTRAK.....	23	levetiracetam.....	31, 32	low-ogestrel (28).....	76
KINERET.....	73	LEVETIRACETAM.....	32	loxapine succinate.....	43
KINRIX (PF).....	69	levetiracetam in nacl (iso-os).....	31	lo-zumandimine (28).....	76
kionex (with sorbitol).....	58	levobunolol.....	78	lubiprostone.....	66
KISQALI.....	23	levocarnitine.....	58	ludent fluoride.....	85
KISQALI FEMARA CO-		levocarnitine (with sugar).....	58	LUMAKRAS.....	24
PACK.....	23	levocetirizine.....	80	LUMIGAN.....	79
klayesta.....	55	levofloxacin.....	17	LUMIZYME.....	64
KLISYRI (250 MG).....	23	levofloxacin in d5w.....	17	LUNSUMIO.....	24
KLISYRI (350 MG).....	23	levonest (28).....	76	LUPRON DEPOT.....	24
klor-con.....	83	levonorgest-eth.estradiol-		LUPRON DEPOT (3	
klor-con 10.....	83	iron.....	76	MONTH).....	24
klor-con 8.....	83	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	76	LUPRON DEPOT (4	
klor-con m10.....	83	levonorg-eth estrad triphasic.....	76	MONTH).....	24
klor-con m20.....	83	levora-28.....	76	LUPRON DEPOT (6	
KLOXXADO.....	38	levo-t.....	65	MONTH).....	24
KOSELUGO.....	23	levothyroxine.....	65	LUPRON DEPOT-PED.....	24
K-PHOS ORIGINAL.....	82	levoxyl.....	65	LUPRON DEPOT-PED (3	
KRAZATI.....	23	LIBTAYO.....	24	MONTH).....	24
kurvelo (28).....	75	lidocaine.....	54	lurasidone.....	43
KYPROLIS.....	23	lidocaine (pf).....	46, 53	lutra (28).....	76
L		lidocaine hcl.....	53, 54	LUTRATE DEPOT (3	
l norgest/e.estradiol-e.estrad.....	75	lidocaine viscous.....	54	MONTH).....	24
labetalol.....	48	lidocaine-prilocaine.....	54	LYNOZYFIC.....	24
lacosamide.....	31	LILETTA.....	74	LYNPARZA.....	24
lactated ringers.....	57, 83	lincomycin.....	14	LYSODREN.....	24
lactulose.....	66	linezolid.....	14	LYTGOBI.....	24, 25
lamivudine.....	10	linezolid in dextrose 5%.....	14	lyza.....	74
lamivudine-zidovudine.....	10	LINEZOLID-0.9% SODIUM		M	
lamotrigine.....	31	CHLORIDE.....	15	magnesium sulfate.....	83
LANOXIN PEDIATRIC.....	51	LINZESS.....	66	MAGNESIUM SULFATE IN	
lansoprazole.....	68	liothyronine.....	65	D5W.....	83
LANTUS SOLOSTAR U-100		lisdexamfetamine.....	42	magnesium sulfate in water.....	83
INSULIN.....	63	lisinopril.....	48	malathion.....	57
LANTUS U-100 INSULIN.....	63	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	48	maraviroc.....	10
lapatinib.....	23	lithium carbonate.....	42	MARGENZA.....	25
larin 1.5/30 (21).....	75	lithium citrate.....	43	marlissa (28).....	76
larin 1/20 (21).....	75	LIVTENCITY.....	10	MARPLAN.....	43
larin 24 fe.....	75	lojaimiess.....	76	MATULANE.....	25
larin fe 1.5/30 (28).....	75	LONSURF.....	24	matzim la.....	48
larin fe 1/20 (28).....	75	loperamide.....	66	MAXICOMFORT SAFETY	
latanoprost.....	79	lopinavir-ritonavir.....	10	PEN NEEDLE.....	71
LAZCLUZE.....	23	LOQTORZI.....	24	meclizine.....	66
leflunomide.....	73	lorazepam.....	43	medroxyprogesterone.....	74
lenalidomide.....	23	lorazepam intensol.....	43	mefloquine.....	15
LENVIMA.....	23, 24	LORBRENA.....	24	megestrol.....	25
lessina.....	76	loryna (28).....	76	MEKINIST.....	25
letrozole.....	24	losartan.....	48	MEKTOVI.....	25
leucovorin calcium.....	18	losartan-hydrochlorothiazide.....	48	meleya.....	74
LEUKERAN.....	24	LOTEMAX.....	79	meloxicam.....	38
leuprolide.....	24	LOTEMAX SM.....	79	melphalan hcl.....	25

memantine	35	minocycline.....	17	nebivolol	48
MEMANTINE.....	35	minoxidil.....	48	necon 0.5/35 (28)	76
memantine-donepezil.....	35	minzoya	76	nefazodone	43
MENQUADFI (PF).....	69	mirtazapine	43	nelarabine	25
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	69	misoprostol	68	neomycin	15
mercaptapurine	25	mitomycin	25	neomycin-bacitracin-poly-hc	79
meropenem	15	mitoxantrone.....	25	neomycin-bacitracin- polymyxin.....	77
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	15	M-M-R II (PF).....	69	neomycin-polymyxin b gu	57
merzee	76	m-natal plus.....	85	neomycin-polymyxin b- dexameth	79
mesalamine.....	66, 67	modafinil	43	neomycin-polymyxin- gramicidin	77
mesalamine with cleansing wipe	67	MODEYSO	25	neomycin-polymyxin-hc	60, 79
mesna	18	moexipril	48	NERLYNX.....	25
metadate er	43	molindone	43	nevirapine	10
metformin	63	mometasone.....	57	NEXLETOL	51
methadone	36, 37	MONJUVI	25	NEXPLANON	74
methadone intensol	36	mono-lynyah	76	niacin	51
methazolamide	78	montelukast	81	nicardipine	48
methenamine hippurate	18	morphine.....	37	NICOTROL NS	59
methimazole	61	MORPHINE	37	nifedipine	48
methocarbamol	35	morphine (pf)	37	nikki (28)	76
methotrexate sodium.....	25	morphine concentrate.....	37	nilotinib hcl.....	25
methotrexate sodium (pf)	25	MOUNJARO	63	nilutamide	25
methoxsalen	54	MOVANTIK.....	67	nimodipine	48
methsuximide	32	MOXIFLOXACIN- SOD.ACE,SUL-WATER	17	NINLARO.....	25
methylphenidate hcl	43	moxifloxacin.....	17, 77	NIPENT	25
methylprednisolone	60	MOXIFLOXACIN- sod.chloride(iso)	17	nisoldipine.....	48
methylprednisolone acetate	60	MRESVIA (PF)	69	nitazoxanide	15
methylprednisolone sodium succ.....	60	MULTAQ.....	46	nitisinone	58
metoclopramide hcl	67	mupirocin.....	55	nitrofurantoin macrocrystal	18
metolazone.....	48	mupirocin calcium.....	55	nitrofurantoin monohyd/m- cryst.....	18
metoprolol succinate	48	MVASI	25	nitroglycerin	52, 67
metoprolol ta- hydrochlorothiaz.....	48	mycophenolate mofetil.....	25	NIVESTYM	68
metoprolol tartrate	48	mycophenolate mofetil (hcl).....	25	nora-be	74
metro i.v.	15	mycophenolate sodium.....	25	noreth-ethinyl estradiol-iron	76
metronidazole.....	15, 54, 55, 74	MYLOTARG	25	norethindrone (contraceptive).....	74
metronidazole in nacl (iso- os)	15	MYRBETRIQ	82	norethindrone acetate.....	74
metryrosine.....	48	N		norethindrone ac-eth estradiol	74, 76
mexiletine	46	nabumetone	38	norethindrone-e.estradiol- iron.....	76
miconazole.....	8	naftillin	16	norgestimate-ethinyl estradiol	76
microgestin 1.5/30 (21)	76	naftillin in dextrose iso-osm	16	nortrel 0.5/35 (28)	76
microgestin 1/20 (21)	76	NAGLAZYME	65	nortrel 1/35 (21)	76
microgestin fe 1.5/30 (28)	76	naloxone	38	nortrel 1/35 (28)	76
microgestin fe 1/20 (28)	76	naltrexone.....	38	nortrel 7/7/7 (28)	76
midodrine	58	NANO PEN NEEDLE	71	nortriptyline	43
MIEBO (PF).....	78	naproxen	38	NORVIR.....	10
mifepristone.....	64	naproxen sodium	38		
mili	76	naproxen-esomeprazole.....	38		
		naratriptan	34		
		NATACYN	77		
		nateglinide	63		
		NAYZILAM.....	32		

NOVOFINE 32	71	omeprazole.....	68	paclitaxel.....	26
NOVOFINE PLUS	71	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		paclitaxel protein-bound	26
NOVOLIN 70/30 U-100		PLUS).....	71	PADCEV	26
INSULIN	63	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		paliperidone	44
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		KT(GEN5).....	71	palonosetron	67
U-100	63	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		pamidronate.....	65
NOVOLIN N FLEXPEN	63	(GEN 5)	71	PANRETIN	54
NOVOLIN N NPH U-100		OMNIPOD 5		pantoprazole	68
INSULIN	63	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	71	PANZYGA	69
NOVOLIN R FLEXPEN	63	OMNIPOD DASH INTRO		paricalcitol.....	65
NOVOLIN R REGULAR		KIT (GEN 4).....	71	paroxetine hcl	44
U100 INSULIN	63	OMNIPOD DASH PODS		PAXLOVID.....	10
NOVOLOG FLEXPEN U-		(GEN 4)	71	pazopanib	26
100 INSULIN	63	ONCASPAR	26	PEDIARIX (PF).....	69
NOVOLOG MIX 70-30 U-		ondansetron	67	PEDVAX HIB (PF)	69
100 INSULN	63	ondansetron hcl	67	peg 3350-electrolytes	67
NOVOLOG MIX 70-		ondansetron hcl (pf).....	67	PEGASYS	68
30FLEXPEN U-100	63	ONGENTYS	34	peg-electrolyte soln	67
NOVOLOG PENFILL U-100		ONIVYDE	26	PEMAZYRE.....	26
INSULIN	63	ONUREG.....	26	pemetrexed disodium	26
NOVOLOG U-100 INSULIN		OPDIVO.....	26	PEMETREXED DISODIUM	26
ASPART	63	OPDIVO QVANTIG	26	PEN NEEDLE, DIABETIC	71
NUBEQA	25	OPDUALAG.....	26	PENBRAYA (PF)	69
NUDEXTA.....	35	OIPZA	43	penicillamine	73
NULOJIX	26	oralone	59	penicillin g potassium	16
NUPLAZID	43	ORENITRAM	48, 49	penicillin v potassium.....	16, 17
NURTEC ODT	34	ORENITRAM MONTH 1		PENMENVY MEN A-B-C-W-	
NUZYRA	17, 18	TITRATION KT	48	Y (PF)	69
nyamyc.....	55	ORENITRAM MONTH 2		PENTACEL (PF).....	69
nylia 1/35 (28)	76	TITRATION KT	48	pentamidine	15
nylia 7/7/7 (28)	76	ORENITRAM MONTH 3		PENTIPS PEN NEEDLE	71
nystatin.....	8, 55	TITRATION KT	48	pentoxifylline	50
nystatin-triamcinolone	55	ORGOVYX	26	perampanel.....	32
nystop.....	55	ORKAMBI	81	PERIKABIVEN	84
NYVEPRIA	68	orquidea	74	perindopril erbumine	49
O		ORSERDU.....	26	perigard	59
OCALIVA.....	67	oseltamivir	10	PERJETA	26
ocella	76	OTEZLA.....	73	permethrin	57
OCREVUS	35	OTEZLA STARTER.....	73	perphenazine	44
octreotide acetate.....	26	oxacillin.....	16	perphenazine-amitriptyline	44
ODEFSEY	10	oxaliplatin	26	pfizerpen-g.....	17
ODOMZO	26	oxaprozin	38	phenelzine	44
OFEV	81	oxazepam	43	phenobarbital.....	32
ofloxacin	60, 77	oxcarbazepine	32	phenobarbital sodium	32
OGIVRI.....	26	OXERVATE	78	phenytoin	32
OGSIVEO	26	oxybutynin chloride.....	82	phenytoin sodium	32
OJEMDA	26	oxycodone	37	phenytoin sodium extended.....	32
OJJAARA.....	26	OXYCODONE	37	PHESGO	26
olanzapine	43	oxycodone-acetaminophen	37	philitth	76
olmesartan	48	oxymorphone.....	37	PIFELTRO	10
olmesartan-		OZEMPIC	63	pilocarpine hcl.....	58, 78
hydrochlorothiazide	48	P		pimecrolimus	54
omega-3 acid ethyl esters	51	pacerone	46	pimozide	44

pimtrex (28).....	76	prednisolone sodium phosphate.....	60, 79	quinidine sulfate.....	46
pindolol.....	49	prednisone.....	60, 61	quinine sulfate.....	15
pioglitazone.....	63	prednisone intensol.....	60	R	
piperacillin-tazobactam.....	17	pregabalin.....	32	RABAVERT (PF).....	70
PIPERACILLIN- TAZOBACTAM.....	17	PREMARIN.....	74	RADICAVA.....	35
PIQRAY.....	26	premasol 10 %.....	84	RALDESY.....	44
pirfenidone.....	81	prenatal plus (calcium carb).....	85	raloxifene.....	72
PIRFENIDONE.....	81	prenatal vitamin plus low iron.....	85	ramipril.....	49
pitavastatin calcium.....	51	prevalite.....	51	ranolazine.....	52
PLENAMINE.....	84	PREVYMIS.....	10	rasagiline.....	34
plerixafor.....	69	PREZCOBIX.....	10	reclipsen (28).....	76
pnv-dha.....	85	PREZISTA.....	11	RECOMBIVAX HB (PF).....	70
pnv-omega.....	85	PRIFTIN.....	15	REMICADE.....	67
pnv-select.....	85	PRIMAQUINE.....	15	RENACIDIN.....	82
podofilox.....	54	primidone.....	32	RENOVA.....	55
POLIVY.....	26	PRIMIDONE.....	32	repaglinide.....	64
polycin.....	78	PRIORIX (PF).....	69	REPATHA PUSHTRONEX.....	51
polymyxin b sulf- trimethoprim.....	78	PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....	63	REPATHA SURECLICK.....	51
POMALYST.....	26	probenecid.....	72	REPATHA SYRINGE.....	51
portia 28.....	76	probenecid-colchicine.....	72	RETACRIT.....	69
posaconazole.....	8	prochlorperazine.....	67	RETEVMO.....	27
potassium chlorid-d5- 0.45%nacl.....	83	prochlorperazine edisylate.....	67	RETROVIR.....	11
potassium chloride.....	83	prochlorperazine maleate.....	67	REVCovi.....	58
POTASSIUM CHLORIDE.....	83	procto-med hc.....	67	REVUFORJ.....	27
potassium chloride in 0.9%nacl.....	83	proctosol hc.....	67	REXULTI.....	44
potassium chloride in 5 % dex.....	83	proctozone-hc.....	67	REYATAZ.....	11
potassium chloride in lr-d5.....	83	progesterone micronized.....	74	REZDIFFRA.....	59
potassium chloride in water.....	83	PROGRAF.....	27	REZLIDHIA.....	27
potassium chloride-0.45 % nacl.....	84	PROLASTIN-C.....	58	REZUROCK.....	27
potassium chloride-d5- 0.2%nacl.....	84	PROLIA.....	72	RHOPRESSA.....	79
potassium chloride-d5- 0.9%nacl.....	84	promethazine.....	80	ribavirin.....	11
potassium citrate.....	82	propafenone.....	46	rifabutin.....	15
POTELIGEO.....	26	propranolol.....	49	rifampin.....	15
pr natal 400.....	85	propylthiouracil.....	61	riluzole.....	59
pr natal 400 ec.....	85	PROQUAD (PF).....	69	rimantadine.....	11
pr natal 430.....	85	PROSOL 20 %.....	84	ringer's.....	57, 84
pr natal 430 ec.....	85	protriptyline.....	44	RINVOQ.....	73
PRALATREXATE.....	26	PULMOZYME.....	81	RINVOQ LQ.....	73
pramipexole.....	34	PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	63	risperidone.....	44, 45
prasugrel hcl.....	50	pyrazinamide.....	15	risperidone microspheres.....	44
pravastatin.....	51	pyridostigmine bromide.....	35	ritonavir.....	11
praziquantel.....	15	pyrimethamine.....	15	rivaroxaban.....	50
prazosin.....	49	Q		rivastigmine.....	35
prednisolone.....	60	QINLOCK.....	27	rivastigmine tartrate.....	35
prednisolone acetate.....	79	QUADRACEL (PF).....	70	rivelsa.....	76
		quetiapine.....	44	rizatriptan.....	34
		QUETIAPINE.....	44	ROCKLATAN.....	79
		quinapril.....	49	roflumilast.....	81
		quinapril-hydrochlorothiazide.....	49	romidepsin.....	27
				ROMVIMZA.....	27
				ropinirole.....	34
				rosuvastatin.....	51
				rosyrah.....	77

ROTARIX	70	sodium chloride 0.9 %	59	sulfamethoxazole-	
ROTATEQ VACCINE	70	sodium chloride 3 %		trimethoprim	17
roweepra	32	hypertonic	84	sulfasalazine	67
ROZLYTREK	27	sodium chloride 5 %		sulindac	38
RUBRACA	27	hypertonic	84	sumatriptan	34
rufinamide	32	sodium fluoride 5000 dry		sumatriptan succinate	34
RUKOBIA	11	mouth	59	sunitinib malate	27
RUXIENCE	27	sodium fluoride 5000 plus	60	SUNLENCA	11
RYALTRIS	81	sodium fluoride-pot nitrate	60	SUTAB	67
RYBELSUS	64	SODIUM OXYBATE	45	syeda	77
RYBREVANT	27	sodium phenylbutyrate	59	SYLVANT	27
RYDAPT	27	sodium polystyrene		SYMPAZAN	33
RYLAZE	27	sulfonate	59	SYMTUZA	11
RYTARY	34	sodium,potassium,mag		SYNAREL	65
S		sulfates	67	SYNTHROID	65
sacubitril-valsartan	52	solifenacin	82	T	
sajazir	81	SOLQUA 100/33	64	TABLOID	27
SANCUSO	67	SOLTAMOX	27	TABRECTA	27
SANTYL	54	SOLU-CORTEF ACT-O-		tacrolimus	27, 54
sapropterin	65	VIAL (PF)	61	tadalafil	82
SARCLISA	27	SOMATULINE DEPOT	27	TAFINLAR	27, 28
SCSEMBLIX	27	SOMAVERT	65	TAGRISSO	28
scopolamine base	67	sorafenib	27	TALICIA	68
SECUADO	45	sotalol	46	TALVEY	28
SELARSDI	52	sotalol af	46	TALZENNA	28
selegiline hcl	34	SOTYLIZE	46	tamoxifen	28
selenium sulfide	52	SPIRIVA RESPIMAT	81	tamsulosin	82
SELZENTRY	11	spironolactone	49	tarina 24 fe	77
se-natal 19	85	spironolacton-		tarina fe 1-20 eq (28)	77
se-natal 19 chewable	85	hydrochlorothiaz	49	taron-c dha	85
SEREVENT DISKUS	81	SPRAVATO	45	tasimelteon	45
sertraline	45	sprintec (28)	77	tazarotene	55
setlakin	77	SPRITAM	32	tazicef	13
sevelamer carbonate	59	sps (with sorbitol)	59	TAZVERIK	28
sharobel	74	sronyx	77	TECENTRIQ	28
SHINGRIX (PF)	70	ssd	54	TECENTRIQ HYBREZA	28
SIGNIFOR	27	STAMARIL (PF)	70	TECHLITE INSULIN	
sildenafil	82	STELARA	52, 53	SYRINGE	71
sildenafil		STIVARGA	27	TECHLITE INSULN	
(pulm.hypertension)	81	STREPTOMYCIN	15	SYR(HALF UNIT)	71
silver sulfadiazine	54	STRIBILD	11	TECHLITE PEN NEEDLE	71
simliya (28)	77	SUBLOCADE	37	TECVAYLI	28
simpesse	77	subvenite	32	TEFLARO	13
SIMULECT	27	subvenite starter (blue) kit	32	telmisartan	49
simvastatin	51	subvenite starter (green) kit	32	telmisartan-amlodipine	49
sirolimus	27	subvenite starter (orange) kit	32	telmisartan-	
SIRTURO	15	SUCRAID	67	hydrochlorothiazid	49
SIVEXTRO	15	sucrafate	68	temazepam	45
SKYRIZI	52, 67	SUFLAVE	67	TEMODAR	28
sodium bicarbonate	84	sulfacetamide sodium	78	temsirolimus	28
sodium chloride	84	sulfacetamide sodium (acne)	55	TENIVAC (PF)	70
SODIUM CHLORIDE	59, 84	sulfacetamide-prednisolone	78	tenofovir disoproxil fumarate	11
sodium chloride 0.45 %	84	sulfadiazine	17	TEPMETKO	28

terazosin.....	49	tranexamic acid	74	TURALIO	28
terbinafine hcl	8	tranylcypromine	45	turqoz (28)	77
terbutaline	81	travasol 10 %.....	84	TWINRIX (PF)	70
terconazole.....	74	travoprost.....	79	tydemy	77
TERIPARATIDE	72	TRAZIMERA.....	28	TYENNE	73
testosterone	65	trazodone	45	TYENNE AUTOINJECTOR	73
TESTOSTERONE	65	TRELEGY ELLIPTA	81	TYPHIM VI.....	70
testosterone cypionate	65	TREMFYA	53	TYVASO	81
testosterone enanthate	65	TREMFYA PEN.....	53	TYVASO INSTITUTIONAL	
tetrabenazine	35	TREMFYA PEN		START KIT	81
tetracycline	18	INDUCTION PK-CROHN	53	TYVASO REFILL KIT	81
TEVIMBRA	28	tretinoin.....	55	TYVASO STARTER KIT	81
THALOMID.....	28	tretinoin (antineoplastic)	28	TZIELD	59
theophylline	81	tretinoin microspheres	55	U	
thioridazine	45	triamcinolone acetonide....	57, 60, 61	ULTRA-FINE INSULIN	
thiotepa	28	triamterene-		SYRINGE	72
thiothixene	45	hydrochlorothiazid	49	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	72
tiadylt er.....	49	trientine.....	59	UNIFINE PENTIPS	72
tiagabine.....	33	tri-estarylla	77	UNIFINE PENTIPS	
TIBSOVO	28	trifluoperazine	45	MAXFLOW	72
ticagrelor	50	trifluridine	78	UNIFINE PENTIPS PLUS.....	72
TICE BCG	70	TRIKAFTA	81	UNIFINE PENTIPS PLUS	
TICOVAC	70	tri-legest fe.....	77	MAXFLOW	72
tigecycline	15	tri-lynyah	77	UNIFINE SAFECONTROL	
tilia fe.....	77	tri-lo-estarylla	77	PEN NEEDLE	72
timolol maleate	49, 78	tri-lo-marzia.....	77	UNIFINE ULTRA PEN	
tinidazole	15	tri-lo-mili	77	NEEDLE	72
tiotropium bromide	81	tri-lo-sprintec.....	77	unithroid	65
TIVDAK	28	trimethoprim.....	18	UNITUXIN	28
TIVICAY	11	tri-mili	77	ursodiol	67
TIVICAY PD	11	trimipramine.....	45	USTEKINUMAB.....	53
tizanidine	35	trinatal rx 1.....	85	V	
tobramycin.....	78	TRINTELLIX	45	valacyclovir	11
tobramycin in 0.225 % nacl.....	15	TRIPTODUR.....	28	VALCHLOR	54
tobramycin sulfate	15	tri-sprintec (28)	77	valganciclovir	11
tobramycin-dexamethasone	79	TRIUMEQ	11	valproate sodium	33
tolterodine	82	TRIUMEQ PD	11	valproic acid.....	33
tolvaptan.....	65	tri-vylibra	77	valproic acid (as sodium	
tolvaptan (polycys kidney		tri-vylibra lo	77	salt)	33
dis)	65	TRODELVY	28	valrubicin	28
topiramate	33	TROGARZO	11	valsartan	49
TOPIRAMATE	33	TROPHAMINE 10 %	84	valsartan-	
topotecan	28	TRUE COMFORT		hydrochlorothiazide	49
toremifene	28	ALCOHOL PADS	64	VALTOCO	33
torsemide	49	TRUE COMFORT PRO		valtya	77
TOUJEO MAX U-300		ALCOHOL PADS	64	vancomycin.....	15, 16
SOLOSTAR.....	64	TRUEPLUS INSULIN	71	VANCOMYCIN	15
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	72	VANCOMYCIN IN 0.9 %	
INSULIN	64	TRULICITY	64	SODIUM CHL	15
TRADJENTA	64	TRUMENBA	70	VANCOMYCIN IN	
tramadol	38	TRUQAP	28	DEXTROSE 5 %.....	15
tramadol-acetaminophen	39	TRUXIMA	28	VANCOMYCIN-DILUENT	
trandolapril	49	TUKYSA	28	COMBO NO.1.....	16

vandazole	74	VORANIGO	29	XPOVIO	29
VANFLYTA	28	voriconazole	8	XTANDI	29
VAQTA (PF)	70	voriconazole-hpbcd	8	Y	
varenicline tartrate	59	VOSEVI	11	YERVOY	29
VARENICLINE TARTRATE	59	VOWST	67	YF-VAX (PF)	70
VARIVAX (PF)	70	VRAYLAR	45	YONDELIS	29
VAXCHORA VACCINE	70	vyfemla (28)	77	yuvafem	74
VECTIBIX	28	vylibra	77	Z	
VEKLURY	11	VYLOY	29	zafemy	74
velivet triphasic regimen (28)	77	VYNDALCEL	52	zafirlukast	82
VELTASSA	59	VYVGART HYTRULO	36	ZALTRAP	29
VEMLIDY	11	VYXEOS	29	ZANOSAR	29
VENCLEXTA	28	W		ZEJULA	29
VENCLEXTA STARTING		warfarin	50	ZELBORAF	29
PACK	28	water for irrigation, sterile	59	ZENPEP	68
venlafaxine	45	WELIREG	29	ZEPZELCA	29
VENTOLIN HFA	82	wera (28)	77	zidovudine	11
verapamil	49	wescap-pn dha	85	ZIIHERA	29
VERIFINE PLUS PEN		wesnate dha	85	ZIMHI	39
NEEDLE-SHARP	72	westab plus	85	ziprasidone hcl	45
VERQUVO	52	westgel dha	85	ziprasidone mesylate	45
VERSACLOZ	45	WINREVAIR	82	ZIRABEV	29
VERZENIO	29	wymzya fe	77	ZIRGAN	78
vestura (28)	77	X		ZOLADAX	29
V-GO 20	72	XALKORI	29	zoledronic acid	65
V-GO 30	72	xarah fe	77	zoledronic acid-mannitol-	
V-GO 40	72	XARELTO	50	water	59
vienna	77	XARELTO DVT-PE TREAT		ZOLEDRONIC AC-	
vigabatrin	33	30D START	50	MANNITOL-0.9NACL	65
vigadron	33	XATMEP	29	ZOLINZA	29
VIGAFYDE	33	XCOPRI	33	zolpidem	45
vigpoder	33	XCOPRI MAINTENANCE		ZONISADE	33
vilazodone	45	PACK	33	zonisamide	33
VIMKUNYA	70	XCOPRI TITRATION PACK	33	ZORYVE	53
vinblastine	29	XDEMZY	78	zovia 1-35 (28)	77
vincristine	29	xelria fe	77	ZTALMY	33
vinorelbine	29	XEMBIFY	70	ZTLIDO	54
violele (28)	77	XERMELO	29	zumandimine (28)	77
VIRACEPT	11	XGEVA	18	ZURZUVAE	45
VIREAD	11	XIAFLEX	59	ZYDELIG	29
vitamin d2	85	XIFAXAN	16	ZYKADIA	29
VITRAKVI	29	XIGDUO XR	64	ZYNLONTA	29
VIVITROL	39	XIIDRA	78	ZYNYZ	29
VIVOTIF	70	XOFLUZA	11	ZYPREXA RELPREVV	46
VIZIMPRO	29	XOLAIR	82		
volnea (28)	77	XOSPATA	29		
VONJO	29				

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English:	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the plan for more information or speak to your provider.
Español (Spanish):	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También puede solicitar, sin costo alguno, servicios o herramientas especiales para acceder a la información en formatos accesibles. Llame al plan para obtener más información o hable con su proveedor.
中文 (Chinese Mandarin):	注意：如果您说中文，我们可以为您提供免费的语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助设备和服务，以无障碍格式提供信息。请致电计划以获取更多信息或与您的服务提供者联系。
中文 (Chinese Cantonese):	注意：如果您說中文，我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電本計劃查詢更多資訊或諮詢您的醫療服務提供者。
Tagalog (Tagalog):	PAGBIGAY-PANSIN: Kung nagsasalita ka ng wikang tagalog, available para sa iyo ang mga serbisyo ng libreng tulong sa wika. Available din nang walang bayad ang mga wastong dagdag na tulong at serbisyo na makapagbibigay-impormasyon sa mga naa-access na format. Balikan ang plano para sa higit pang impormasyon o makipag-usap sa iyong provider.
Français (French):	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits peuvent être mis à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez votre régime d'assurance maladie pour obtenir des informations supplémentaires, ou adressez-vous à votre prestataire.
Việt (Vietnamese):	CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ có sẵn cho quý vị. Các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng có sẵn miễn phí. Hãy gọi cho chương trình để biết thêm thông tin hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.
Deutsch (German):	BITTE BEACHTEN: Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an den Kundendienst Ihrer Versicherung bzw. an Ihren Versicherungsberater.

한국어
(Korean):

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공해 드립니다. 자세한 정보는 플랜에 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Русский
(Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вам удобнее для общения русский язык, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Также доступны необходимые вспомогательные средства и услуги предоставления информации в доступном формате для людей с ограниченными возможностями. Для получения дополнительной информации позвоните или обратитесь к своему поставщику.

اللغة العربية
(Arabic):

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالخطة للحصول على مزيد من المعلومات أو للتحدث مع مقدم الخدمة الذي تتعامل معه.

हिंदी
(Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। प्लान के बारे में अधिक जानकारी के लिए कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano
(Italian):

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiami il numero corrispondente al Suo piano per ulteriori informazioni o si rivolga al Suo fornitore.

Português
(Portuguese):

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística. Também estão disponíveis equipamentos e serviços de assistência adequados que lhe permitem ter acesso às informações em formatos acessíveis, de forma gratuita. Contacte o plano para obter mais informações ou fale com o seu prestador.

Kreyòl Ayisyen
(Haitian Creole):

ATANSYON: Si ou pale kreyòl ayisyen, w ap jwenn sèvis asistans lengwistik gratis. Gen èd ak sèvis oksilyè ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib, ki disponib gratis tou. Rele plan an pou jwenn plis enfòmasyon oswa pou w pale ak pwofesyonèl swen sante w la.

Polski
(Polish):

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie wsparcie i usługi pomocnicze w celu zapewnienia informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Dodatkowe informacje można uzyskać dzwoniąc do planu lub rozmawiając ze świadczeniodawcą.

日本語
(Japanese):

注：お客様が[日本語]を話す場合は、無料の言語アシスタンス・サービスを利用できます。アクセスしやすい形式で情報提供を行うための、適切な補助器具やサービスも無料でご利用いただけます。詳細はプランにお電話いただくか、プロバイダーにご相談ください。

NOTAS

[illegible]

NOTAS

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]



1-800-222-6700 (TTY: 711)
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local, los 7 días de la semana.
**Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada
durante los fines de semana entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.**

www.healthspring.com



Esta lista de medicamentos se actualizó el 09/19/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de HealthSpring al **1-800-222-6700** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. También puede visitar **www.healthspring.com**. Los productos y servicios descritos son proporcionados exclusivamente por subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o a través de estas subsidiarias. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.