Cobertura para Medicamentos con Receta de Medicare

Lista de medicamentos de HealthSpring℠ para 2027

(Lista de medicamentos con cobertura o "Lista de medicamentos")

Importante: Este documento contiene información sobre los medicamentos que incluye esta cobertura.

Aplica a la cobertura
HealthSpring Assurance Rx (PDP)

HealthSpring℠

Presentación del archivo de la lista de medicamentos aprobada por HPMS 00027061
Esta lista de medicamentos se actualizó el 09/22/2026. 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 deben 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 del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite **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: No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina incluido en nuestra cobertura médica, sin importar en qué nivel de gastos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Mensaje importante sobre lo que paga por las 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 al Servicio al Cliente para obtener más información.

Nota para los miembros actuales: Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún incluya los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos dice "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a HealthSpring. Cuando dice "cobertura" o "nuestra cobertura", se hace referencia a HealthSpring Assurance Rx (PDP).

Este documento incluye una Lista de Medicamentos de nuestras coberturas, que está vigente a partir del 09/22/2026. Para obtener una Lista de Medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la Lista de Medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente debe utilizar farmacias de la red para utilizar su cobertura para medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias y los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la lista de medicamentos de HealthSpring?
Es una lista de medicamentos con cobertura seleccionados por HealthSpring en consulta con un equipo de profesionales médicos, que representa los tratamientos indicados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. HealthSpring generalmente cubrirá los medicamentos que figuran en nuestra lista de medicamentos siempre y cuando sean médicamente necesarios, la receta se surta en una farmacia de la red de HealthSpring y se cumplan otras reglas de la cobertura médica. Para obtener más información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta, revise su Evidencia de Cobertura (EOC).

¿Puede haber cambios en la lista de medicamentos?
La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podríamos agregar o eliminar algunos medicamentos de la lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de gastos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: **www.healthspring.com**.

Cambios que pueden afectar su cobertura este año.
En los siguientes casos, le afectarán los cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales**. Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestra lista de medicamentos si vamos a sustituirlo por una determinada versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de gastos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra lista de medicamentos, pero que lo traslademos inmediatamente a un nivel de gastos compartidos diferente o que agreguemos nuevas restricciones. Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original en una farmacia sin una receta nueva).
  Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos por adelantado antes de realizar un cambio inmediato, pero posteriormente le brindaremos información sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
  Si realizamos dicho cambio, usted o la persona que le recetó el medicamento podrán solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está modificando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación 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 llamada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?".
- **Medicamentos retirados del mercado**. Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestra lista de

medicamentos y posteriormente notificar a los asegurados que toman el medicamento.

- **Otros cambios**. Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los asegurados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca de la lista de medicamentos cuando agregamos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original o moverlo a un nivel de gastos compartidos diferente, o ambas cosas. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas y estudios. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, agregamos restricciones de autorización previa, de límites en la cantidad o de terapia escalonada para un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel de gastos compartidos superior, debemos informar esta situación a los asegurados afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un asegurado solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

  Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que le receta el medicamento podrán pedirnos que hagamos una excepción en su caso y continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviaremos incluirá además información sobre cómo solicitar una excepción; también puede encontrar más información en la siguiente sección, denominada "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?".

Cambios que no afectarán su cobertura si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos de 2027 que estaba incluido en la cobertura al principio del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de su medicamento durante el año de cobertura 2027, excepto por lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos continuarán estando disponibles con el mismo los mismos gastos compartidos y sin restricciones nuevas para los asegurados que deban tomarlos durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios sí afectarán su situación el 1 de enero del siguiente año, por lo que es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para identificar cualquier cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está vigente a partir del 09/22/2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos con cobertura de HealthSpring, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo identificando los cambios. Las listas de medicamentos que se encuentran en nuestro sitio web se revisan y actualizan mensualmente.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos?

Hay dos formas de buscar su medicamento en la lista de medicamentos:

- **Por problema médico**
  La lista de medicamentos comienza en la página 9. Los medicamentos en esta lista están agrupados en categorías, según el tipo de afección para el que se usan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar un problema de la salud del corazón se enumeran en la categoría "CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 9. Luego, busque en la categoría su medicamento.
- **Índice de medicamentos con cobertura**
  Si no está seguro de en qué categoría buscar, puede buscar su medicamento en el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la página 83. El Índice de medicamentos con cobertura ofrece un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos figuran en el Índice. Busque su medicamento en el Índice. Junto al medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de Medicamentos con cobertura y busque el nombre de su medicamento en la columna de nombre del medicamento de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

HealthSpring incluye en su cobertura medicamentos de marca y medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprueba un medicamento genérico porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay alternativas de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Es posible que los medicamentos genéricos generalmente puedan sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de conseguir 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 hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas denominadas biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de conseguir una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 3, Sección 3.1, "La lista de medicamentos", donde se indica qué medicamentos de la Parte D están incluidos en la cobertura.

¿Tiene restricciones mi cobertura?

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

- **Autorización previa**: HealthSpring requiere que usted o la persona que le receta el medicamento obtengan una autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de HealthSpring según criterios específicos antes de poder surtir sus medicamentos con receta. Si no obtiene esta aprobación, es posible que HealthSpring no cubra el medicamento.
- **Límites en la cantidad**: Para ciertos medicamentos, HealthSpring limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, HealthSpring cubre 1 comprimido por día de atorvastatin 40 mg. Esto corresponde a un suministro estándar de un mes (para una cantidad total de 30 comprimidos para 30 días) o de tres meses (para una cantidad total de 90 comprimidos para 90 días).
- **Terapia escalonada**: En algunos casos, HealthSpring requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de cubrir otro medicamento para ese problema médico. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección, es posible que HealthSpring no cubra el medicamento B a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces HealthSpring cubrirá el medicamento B.
- **Suministro diario no extendido**: Para ciertos medicamentos, HealthSpring limita la cantidad del medicamento con cobertura a un único suministro de 30 días o menos por vez. Por ejemplo, los asegurados que no hayan obtenido un surtido de analgésicos opioides en los últimos 108 días (considerados "sin tratamiento previo con opioides") tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los asegurados que recientemente hayan surtido un analgésico opioide (que hayan recibido tratamiento previo con opioides) tienen un límite de hasta un mes de suministro por vez de este medicamento. Otros medicamentos de alto costo también pueden estar sujetos a una restricción de suministro sin extensión de días.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando la lista de medicamentos que comienza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos con cobertura específicos en nuestro sitio web. Los documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada están publicados en línea. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitar a HealthSpring que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su problema médico. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de HealthSpring?" en la página 4 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Opciones de medicamentos de mantenimiento

Tomar los medicamentos recetados por su médico (u otro profesional médico) es importante para su salud. Nos comprometemos a ayudarle a controlar sus problemas médicos crónicos facilitándole la recepción de sus medicamentos de mantenimiento. Existen varias formas en las que podemos trabajar juntos para lograr este objetivo:

- Pregunte a su médico si puede ser adecuado recibir un suministro de 90 días de los medicamentos que toma actualmente de manera estable. Tomar estos medicamentos todos los días según lo recetado es importante para su salud general, y obtener recetas de estos medicamentos para 90 días puede ayudar a garantizar que no se olvide de una dosis.

- Puede recibir un suministro de 90 días en la mayoría de las farmacias de la red o a través de nuestro servicio de entrega a domicilio preferencial (vaya a la página 6 para obtener más información).
- Hable con su farmacéutico si experimenta algún problema nuevo con sus medicamentos de mantenimiento.

¿Cómo puedo utilizar mi cobertura de medicamentos recetados para ahorrar dinero en mis medicamentos?

Es posible que existan oportunidades para que usted ahorre dinero en sus medicamentos mediante su cobertura de HealthSpring.

- Pregunte a su médico (u otro médico prescriptor) si existen alternativas genéricas de menor costo disponibles de alguno de sus medicamentos actuales.
- Algunas coberturas pueden ofrecer un copago de $0 para medicamentos genéricos de Nivel 1 surtidos en una farmacia de entrega a domicilio preferencial. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer los montos de los gastos compartidos específicos de su cobertura médica.
- Explore si el programa “Ayuda Adicional de los CMS” puede brindar una asistencia financiera adicional para comprar sus medicamentos.
- Si su medicamento no está incluido en la lista de medicamentos de HealthSpring, pregunte a su médico si existen medicamentos alternativos que sí estén incluidos en la lista de medicamentos.

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

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, primero comuníquese con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura. Si le informan que HealthSpring no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén incluidos en la cobertura de HealthSpring. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté incluido en la cobertura de HealthSpring.
- Puede solicitar a HealthSpring que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la próxima sección para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Puede solicitar a HealthSpring que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está incluido en nuestra lista de medicamentos. Si se aprueba su solicitud, este medicamento estará incluido a un nivel de gastos compartidos predeterminado y usted no podrá solicitar que le proporcionemos el medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo.
- Puede solicitar que eliminemos una restricción de cobertura, incluida una autorización previa, una terapia escalonada o un límite en la cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, HealthSpring establece un límite en la cantidad de medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite en la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y brindemos cobertura para una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos a un nivel de gastos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba la excepción, el monto que deberá pagar por el medicamento será menor. Esto se aplica a las siguientes circunstancias:
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema médico.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos correspondiente al menor nivel que incluye alternativas de medicamentos genéricos o de marca para tratar su problema médico.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema médico.

Tenga en cuenta que, si aceptamos su solicitud para cubrir un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, no podrá solicitarnos que le proporcionemos este medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo.

Generalmente, HealthSpring solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de la cobertura, el medicamento con menor gasto compartido, o la aplicación de la restricción no serían tan eficaces para usted o le causarían efectos adversos.

Usted o la persona que le receta el medicamento deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel de la lista de medicamentos, incluida una excepción a una restricción de cobertura.

Cuando solicite una excepción, la persona que le receta el medicamento deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción. Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas luego de haber recibido la declaración de respaldo de la persona que recetó el medicamento. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted piensa, y si nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona que le recetó el medicamento solicita una decisión rápida, debemos brindarle una decisión en un plazo no mayor a las 24 horas desde que recibimos la declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento.

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

Como asegurado nuevo o existente nuestra cobertura, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. O es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestra lista pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con la persona que le recetó el medicamento sobre cómo solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir un suministro de su medicamento de hasta 30 días, en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea asegurado de nuestra cobertura.

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

Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si sus posibilidades de obtenerlo son limitadas, pero ya pasaron los primeros 90 días de que su cobertura entró en vigencia, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento, mientras intenta obtener una excepción a la lista de medicamentos.

Con fines de adaptación a transiciones inesperadas de nuestros asegurados que no dejan tiempo para una planificación anticipada, como 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 esté escrita para menos días).

Lista de medicamentos de HealthSpring

La lista de medicamentos que comienza en la página 9 proporciona información de cobertura sobre todos los medicamentos con cobertura por HealthSpring. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la página 83.

En la primera columna de la tabla está el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (por ejemplo, TRELEGY ELLIPTA) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva y minúscula (por ejemplo, *atorvastatin*).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si HealthSpring tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring, consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) y otros materiales de la póliza. 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 que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

Hemos establecido límites en la cantidad para ciertos medicamentos que se marcan con "QL" en la Lista de medicamentos con cobertura por categoría de la página 9 junto con la cantidad dispensada por los días de suministro. (Por ejemplo: "atorvastatin 40 mg QL (30/30)" significa que el medicamento atorvastatin 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos para 30 días. Para suministros de 90 días, este límite en la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos para 90 días).

¿Qué es una farmacia preferencial de la red?

Nuestra cobertura incluye farmacias preferenciales de la red. Puede ahorrar dinero si utiliza una farmacia preferencial. Si necesita ayuda para buscar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al **1-800-222-6700** (los usuarios de TTY deben 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. Se utiliza un servicio de mensajería los fines de semana, fuera del horario de atención y en días feriados federales, o visite **www.healthspring.com**, o bien, visite **www.HealthSpring.com/Resources** para obtener el Directorio de farmacias más actualizado.

También puede utilizar el servicio de entrega a domicilio preferencial a través de Express Scripts® Pharmacy. Generalmente, todos los medicamentos en la lista de medicamentos están disponibles a través de pedidos por correo, excepto cuando circunstancias o situaciones especiales prohíben el envío de un medicamento en particular a su hogar.

Nivel de medicamentos y gastos compartidos
HealthSpring cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. La cantidad que usted paga por un medicamento con receta depende del nivel en el que se encuentra su medicamento. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el costo del medicamento.
Nivel 1. Medicamentos genéricos preferenciales: Este nivel incluye medicamentos genéricos que se recetan habitualmente. Los medicamentos del Nivel 1 normalmente serán su opción más asequible.
Nivel 2. Medicamentos genéricos: Este nivel incluye medicamentos genéricos, pero generalmente cuestan un poco más que los medicamentos genéricos preferenciales.
Nivel 3. Medicamentos de marca preferenciales: Este nivel incluye medicamentos de marca preferenciales y algunos medicamentos genéricos. Tenga en cuenta que el nombre del nivel "Medicamentos de marca preferenciales" es solo una descripción de la mayoría de los medicamentos en el nivel. Esto no significa que este nivel solo incluya medicamentos de marca.
Nivel 4. Medicamentos no preferenciales: Este nivel incluye medicamentos de marca de mayor precio y medicamentos genéricos que no están en un nivel preferencial. Podría haber alternativas de menor costo disponibles para usted. Consulte a su médico sobre la posibilidad de cambiar a un medicamento con cobertura de un nivel menor.
Nivel 5. Medicamentos especializados: Este nivel incluye medicamentos de alto costo. Usted pagará un porcentaje del costo total de los medicamentos en este nivel, llamado coseguro. Los medicamentos del Nivel 5 suelen ser los más caros de la lista de medicamentos.

Los gastos compartidos de cada nivel varían según la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer los montos de gastos compartidos específicos 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 Medicamentos 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 en el nivel. Esto no significa que en ese nivel solo haya medicamentos de marca.

Para asegurados que reciben Ayuda Adicional: Su nivel de copago del Subsidio por bajos ingresos (LIS) se basará en la clasificación de ciertos medicamentos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Debido a esto, un medicamento genérico puede tener un copago de medicamento de marca preferencial o un medicamento de marca preferencial puede tener un copago de medicamento genérico. Consulte su Anexo LIS para obtener información sobre sus niveles de copago o llame al Servicio al Cliente.

Usted pagará un máximo de $35 por cada receta de insulina para 30 días que esté cubierta por nuestra aseguradora y $0 por la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas.

Para cuidados a largo plazo (LTC), puede obtener un suministro de hasta 31 días. En una farmacia fuera de la red, usted pagará el copago de la farmacia de la red o el porcentaje del costo más el monto en que los cargos facturados por la farmacia fuera de la red sean más altos que los cargos facturados por nuestra farmacia minorista estándar típica. Si recibe Ayuda Adicional, estos costos no se aplican. Generalmente paga solo un copago bajo.

Índice de la lista de medicamentos:

Los medicamentos de la lista de medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de problema médico que tratan. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista a continuación. Luego, busque en la categoría dentro de la lista de medicamentos para su medicamento.

Página

ANTIINFECCIOSOS **9**

MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E INMUNODEPRESORES **18**

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO Y NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA **31**

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN Y LÍPIDOS **46**

DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO **51**

AGENTES DE DIAGNÓSTICO Y AGENTES DIVERSOS **55**

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA **57**

ENDOCRINO/ DIABETES **58**

GASTROENTEROLOGÍA **63**

INMUNOLOGÍA, VACUNAS Y BIOTECNOLOGÍA **66**

SUMINISTROS DIVERSOS **68**

MUSCULOESQUELÉTICO/ REUMATOLOGÍA **70**

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA **71**

OFTALMOLOGÍA **75**

PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y ALERGIAS **76**

MEDICAMENTOS UROLÓGICOS **79**

VITAMINAS, HEMATÍNICOS Y ELECTROLITOS **80**

Referencias de la lista de medicamentos:

B/D: Este medicamento recetado tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B versus la Parte D. Este medicamento puede tener cobertura por la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias.

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que esta receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su directorio de farmacias o llame al Servicio al Cliente al **1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben 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 del 1 de abril al 30 de septiembre. O visite **www.HealthSpring.com**.

NDS: Medicamentos con suministro sin extensión de días. Este medicamento solo está disponible para un suministro de un mes o menos.

PA: Este medicamento requiere autorización previa.

QL: Este medicamento tiene límites en la cantidad.

ST: Este medicamento requiere una terapia escalonada.

V: Esta vacuna se proporciona sin costo cuando se utiliza según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
amphotericin b	4	PA
amphotericin b liposome	5	PA; NDS
caspofungin	4	
clotrimazole mucous membrane	3	
CRESEMBA ORAL	5	NDS
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	4	PA
fluconazole oral suspension for reconstitution	3	
fluconazole oral tablet	2	
flucytosine	5	NDS
griseofulvin microsize	4	
griseofulvin ultramicrosize	4	
itraconazole oral capsule	4	QL (120/30)
ketoconazole oral	3	
micafungin	4	
nystatin oral suspension	3	
nystatin oral tablet	3	
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	5	QL (96/30); NDS
terbinafine hcl oral	2	
voriconazole intravenous recon soln	4	PA; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution	5	NDS
voriconazole oral tablet	4	
voriconazole-hpbcd	4	PA; NDS
ANTIVÍRICOS		
abacavir oral solution	3	QL (960/30)
abacavir oral tablet	4	QL (60/30)
abacavir-lamivudine	3	QL (30/30)
acyclovir oral capsule	2	
acyclovir oral suspension	4	
acyclovir oral tablet	2	
acyclovir sodium intravenous solution	4	B/D PA
amantadine hcl	3	
APTIVUS	5	QL (120/30); NDS
atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg	4	QL (30/30)
atazanavir oral capsule 200 mg	4	QL (60/30)
BARACLUDE ORAL SOLUTION	5	QL (630/30); NDS
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg	4	QL (60/30)
darunavir oral tablet 800 mg	5	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	5	NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
DOVATO	5	NDS
EDURANT PED	5	QL (180/30); NDS
efavirenz oral tablet	4	QL (30/30)
efavirenz-emtricitabin-tenofov	4	QL (30/30)
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	5	QL (30/30); NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	4	
emtricitabine	3	QL (30/30)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	4	QL (30/30)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	5	QL (30/30); NDS
emtricita-rilpivirine-tenof df	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	QL (680/28)
entecavir	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
etravirine	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	5	QL (30/30); NDS
famciclovir	4	QL (60/30)
fosamprenavir	4	QL (120/30)
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
IDVYNSO	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120/30)
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

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION	4	
lamivudine oral solution	3	QL (900/30)
lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg	3	QL (30/30)
lamivudine oral tablet 150 mg	3	QL (60/30)
lamivudine-zidovudine	3	QL (60/30)
LIVTENCITY	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	4	QL (300/30)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	4	QL (120/30)
maraviroc oral tablet 150 mg	5	QL (60/30); NDS
maraviroc oral tablet 300 mg	5	QL (120/30); NDS
nevirapine oral suspension	4	QL (1200/30)
nevirapine oral tablet	3	QL (60/30)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr	4	QL (30/30)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
oseltamivir oral capsule	3	
oseltamivir oral suspension for reconstitution	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	5	QL (30/30); NDS
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
ribavirin oral capsule	3	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ribavirin oral tablet 200 mg	3	
rilpivirine hcl	5	QL (30/30); NDS
rimantadine	4	
ritonavir	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	5	NDS
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SUNLENCA	5	NDS
SYMTUZA	5	NDS
tenofovir disoproxil fumarate	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 (180/30)
TROGARZO	5	NDS
valacyclovir oral tablet 1 gram	3	QL (120/30)
valacyclovir oral tablet 500 mg	3	QL (60/30)
valganciclovir oral recon soln	5	NDS
valganciclovir oral tablet	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	
zidovudine oral capsule	4	QL (180/30)
zidovudine oral syrup	4	QL (1680/28)
zidovudine oral tablet	2	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
cefaclor oral capsule	4	
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
cefaclor oral tablet extended release 12 hr	4	
cefadroxil oral capsule	3	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	3	
cefadroxil oral tablet	3	
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 GRAM/100 ML, 3 GRAM/150 ML, 3 GRAM/50 ML	4	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 100 gram, 3 gram, 300 gram, 500 mg	4	
CEFAZOLIN INJECTION RECON SOLN 2 GRAM	4	
cefazolin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram	4	
CEFAZOLIN INTRAVENOUS RECON SOLN 2 GRAM, 3 GRAM	4	
cefdinir	4	
CEFEPIME IN DEXTROSE 5 %	4	
cefepime in dextrose,iso-osm	4	
cefepime injection	4	
CEFEPIME INTRAVENOUS	4	
cefixime	4	
cefotetan injection	4	
cefoxitin	4	
cefoxitin in dextrose, iso-osm	4	
cefpodoxime	4	
cefprozil	3	
ceftaroline fosamil	5	NDS
ceftazidime	4	
ceftriaxone in dextrose,iso-os	4	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	4	
CEFTRIAXONE INJECTION RECON SOLN 100 GRAM	4	
ceftriaxone intravenous recon soln 2 gram	4	
cefuroxime axetil oral tablet	3	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	4	
cefuroxime sodium intravenous	4	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	2	
cephalexin oral suspension for reconstitution	2	
tazicef injection	4	
TEFLARO	5	NDS
ERITROMICINAS Y OTROS MACRÓLIDOS		
azithromycin intravenous	4	
azithromycin oral suspension for reconstitution	4	
azithromycin oral tablet	2	
clarithromycin	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	4	
erythromycin lactobionate	4	
erythromycin oral tablet	4	
fidaxomicin	5	QL (20/10); NDS
ANTIINFECCIOSOS DIVERSOS		
albendazole	4	
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	4	
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS
atovaquone	4	
atovaquone-proguanil	4	
aztreonam	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
chloroquine phosphate	3	
clindamycin hcl	2	
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR	4	
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE	4	
clindamycin palmitate hcl	4	
clindamycin pediatric	4	
clindamycin phosphate injection	4	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
COARTEM	4	QL (24/30)
colistin (colistimethate na)	4	
cycloserine	5	NDS
dapsone oral	3	
DAPTOMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR	5	NDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	4	NDS
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	4	NDS
EMVERM	5	NDS
ertapenem	4	
ethambutol	4	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	4	
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	
gentamicin injection	4	
gentamicin sulfate (ped) (pf)	4	
hydroxychloroquine	3	
imipenem-cilastatin	4	
IMPAVIDO	5	PA; NDS
isoniazid oral solution	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
isoniazid oral tablet	2	
ivermectin oral	3	PA
lincomycin	4	
linezolid in dextrose 5%	4	
linezolid oral suspension for reconstitution	5	QL (1800/30); NDS
linezolid oral tablet	3	QL (60/30)
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
mefloquine	3	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	3	QL (30/10)
MEROPENEM INTRAVENOUS RECON SOLN 2 GRAM	3	QL (30/10)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	3	QL (10/10)
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	3	
metro i.v.	4	
metronidazole in nacl (iso-os)	4	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
neomycin	2	
nitazoxanide	5	QL (12/30); NDS
pentamidine inhalation	3	B/D PA; QL (1/28)
pentamidine injection	4	
praziquantel	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	4	
pyrazinamide	4	
pyrimethamine	5	PA; NDS
quinine sulfate	4	PA; QL (42/30)
rifabutin	4	
rifampin	4	
rifapentine	4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; NDS
SIRTURO ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA
SIVEXTRO	5	QL (6/28); NDS
STREPTOMYCIN	5	NDS
tigecycline	4	
tinidazole	4	
TOBI PODHALER	5	QL (224/56); NDS
tobramycin in 0.225 % nacl	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
tobramycin sulfate	4	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
VANCOMYCIN INJECTION	4	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg	4	
VANCOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 1.25 GRAM, 1.5 GRAM, 1.75 GRAM, 2 GRAM, 750 MG	4	
vancomycin oral capsule 125 mg	4	PA; QL (40/10)
vancomycin oral capsule 250 mg	4	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	4	QL (450/10)
vancomycin oral recon soln 50 mg/ml	4	QL (450/10)
VANCOMYCIN-DILUENT COMBO NO.1	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9/30)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	3	PA; QL (90/30)
PENICILINAS		
amoxicillin oral capsule	2	
amoxicillin oral suspension for reconstitution	2	
amoxicillin oral tablet	2	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	4	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr	4	
ampicillin oral capsule 500 mg	2	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	4	
ampicillin sodium intravenous	4	
ampicillin-sulbactam injection	4	
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram	4	
BICILLIN L-A	4	
dicloxacillin	2	
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	4	
nafcillin injection	4	
oxacillin	4	
penicillin g potassium	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
penicillin v potassium	2	
pfizerpen-g	4	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	4	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	4	
QUINOLONAS		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose	4	
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 500 mg/5 ml	4	
levofloxacin in d5w	4	
levofloxacin oral solution	4	
levofloxacin oral tablet	2	
moxifloxacin oral	4	
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER	4	
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	4	
SULFAMIDA Y AGENTES RELACIONADOS		
sulfadiazine	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	2	
TETRACICLINAS		
doxy-100	4	
doxycycline hyclate intravenous	4	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	4	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	4	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	3	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution	4	
doxycycline monohydrate oral tablet	3	
minocycline oral capsule	2	
tetracycline oral capsule	4	
AGENTES DEL TRACTO URINARIO		
fosfomycin tromethamine	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
methenamine hippurate	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	3	
trimethoprim	2	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E INMUNODEPRESORES		
AGENTES COMPLEMENTARIOS		
BOMYNTRA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
leucovorin calcium injection	4	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg	4	
leucovorin calcium oral tablet 5 mg	3	
mesna intravenous	4	B/D PA
mesna oral	4	NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E INMUNODEPRESORES		
abiraterone oral tablet 250 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
abiraterone oral tablet 500 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
abirtega	4	PA; QL (120/30)
ADCETRIS	5	PA; NDS
ADSTILADRIN	5	PA; NDS
AKEEGA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); 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
anastrozole	2	
ANKTIVA	5	PA; NDS
arsenic trioxide	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
azacitidine	4	B/D PA
azathioprine oral tablet 50 mg	2	B/D PA
azathioprine sodium	4	B/D PA

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BEIZRAY	5	B/D PA; NDS
BEIZRAY-ALBUMIN	5	B/D PA; NDS
BELEODAQ	4	B/D PA
bendamustine intravenous recon soln	5	B/D PA; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
bexarotene	5	PA; NDS
bicalutamide	3	
BIZENGRI	5	PA; NDS
BLENREP	5	PA; NDS
bleomycin	4	B/D PA
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	4	B/D PA
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	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
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
bosutinib oral tablet 100 mg	5	PA; QL (90/30); NDS
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA ORAL TABLET	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
busulfan	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAMCEVI (6 MONTH)	5	PA; 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
carboplatin intravenous solution	4	B/D PA
carmustine intravenous recon soln 100 mg	4	B/D PA

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
CAVHANZA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
cisplatin intravenous solution	4	B/D PA
cladribine	4	B/D PA
clofarabine	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
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
cyclophosphamide intravenous recon soln	5	B/D PA; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	5	B/D PA; NDS
cyclophosphamide oral capsule	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	3	B/D PA
cyclosporine modified	4	B/D PA
cyclosporine oral capsule	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
cytarabine	4	B/D PA
cytarabine (pf)	4	B/D PA
dacarbazine	4	B/D PA
dactinomycin	4	B/D PA
DANYELZA	4	PA
DANZITEN	5	PA; QL (112/28); NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg	5	PA; QL (30/30); NDS
dasatinib oral tablet 20 mg	5	PA; QL (90/30); NDS
dasatinib oral tablet 70 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
DATROWAY	5	PA; NDS
daunorubicin	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
decitabine	5	B/D PA; NDS
DECNUPAZ	5	PA; NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	5	B/D PA; NDS
docetaxel intravenous solution 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)	4	B/D PA
DOCIVYX	5	B/D PA; NDS
doxorubicin intravenous recon soln	4	B/D PA
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 50 mg/25 ml	4	B/D PA
doxorubicin intravenous solution 20 mg/10 ml	5	B/D PA; NDS
doxorubicin, peg-liposomal	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELAHERE	5	PA; LA; NDS
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMPLICITI	5	PA; NDS
EMRELIS	5	PA; NDS
ENHERTU	5	PA; NDS
ENSACOVE	5	PA; QL (60/30); NDS
ENVARSUS XR	4	B/D PA
EPKINLY	4	PA
ERBITUX	5	B/D PA; NDS
eribulin	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
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	5	PA; QL (30/30); NDS
erlotinib oral tablet 25 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
etoposide intravenous	3	B/D PA
EULEXIN	5	NDS
EVDI	5	PA; NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet	5	PA; QL (30/30); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	5	PA; QL (150/30); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	5	PA; QL (90/30); NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	5	PA; QL (60/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	3	B/D PA
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg	4	B/D PA
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.75 mg, 1 mg	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
exemestane	4	
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
floxuridine	4	B/D PA
fludarabine	4	B/D PA
fluorouracil intravenous	4	B/D PA
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
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
fulvestrant	5	B/D PA; NDS
FYARRO	4	PA
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
gefitinib	5	PA; QL (30/30); NDS
gemcitabine intravenous recon soln	4	B/D PA
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)	4	B/D PA
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	4	B/D PA
gengraf oral capsule	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (126/28); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA; QL (84/28); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; QL (168/28); NDS
GRAFAPEX	5	B/D PA; NDS
HERNEXEOS	5	PA; QL (90/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
hydroxyurea	2	
HYRNUO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA; QL (21/28); NDS
IBRANCE ORAL TABLET	5	PA; QL (21/28); NDS
IBTROZI	5	PA; QL (90/30); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30/30); NDS
idarubicin	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ifosfamide	4	B/D PA
imatinib oral tablet 100 mg	3	PA; QL (180/30)
imatinib oral tablet 400 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	5	PA; QL (324/30); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET	5	PA; QL (30/30); NDS
IMDELLTRA	5	PA; NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
IMJUDO	5	PA; NDS
IMKELDI	5	PA; QL (280/28); NDS
INLEXZO	5	B/D PA; LA; NDS
INLURIYO	5	PA; 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
irinotecan	4	B/D PA
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IWILFIN	5	PA; LA; QL (240/30); NDS
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JAKAFI XR	5	PA; QL (30/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
JAYPIRCA	5	PA; NDS
JEMPERLI	5	PA; NDS
JEVTANA	5	B/D PA; NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
JYLAMVO	4	
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KEYTRUDA QLEX	5	PA; NDS
KIMMTRAK	4	PA
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)
KOMZIFTI	5	PA; QL (90/30); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE	5	PA; NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180/30); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
lapatinib	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
lenalidomide	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
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
letrozole	2	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
LEUKERAN	4	
leuprolide subcutaneous kit	4	PA
LIBTAYO	5	PA; NDS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	5	PA; LA; QL (18/28); NDS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	5	PA; LA; QL (27/28); NDS
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg	4	
lomustine oral capsule 100 mg	4	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
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUNSUMIO	5	PA; NDS
LUNSUMIO VELO	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
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 (84/28); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5	PA; LA; QL (112/28); NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA; LA; QL (140/28); NDS
MARGENZA	5	PA; LA; NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
MATULANE	5	NDS
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)	4	PA
megestrol oral tablet 20 mg	4	PA
megestrol oral tablet 40 mg	3	PA
MEKINIST ORAL RECON SOLN	5	PA; QL (1260/30); 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
melphalan hcl	5	B/D PA; NDS
mercaptopurine oral suspension	5	NDS
mercaptopurine oral tablet	3	
methotrexate sodium (pf)	4	B/D PA
methotrexate sodium injection	4	B/D PA
methotrexate sodium oral	3	
mitomycin intravenous	5	B/D PA; NDS
MODEYSO	5	PA; QL (20/28); NDS
MONJUVI	5	PA; NDS
MVASI	5	PA; NDS
mycophenolate mofetil (hcl)	4	B/D PA
mycophenolate mofetil oral capsule	3	B/D PA
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution	5	B/D PA; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet	4	B/D PA
mycophenolate sodium	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NELARABINE	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	5	PA; QL (112/28); NDS
nilotinib hcl oral capsule 50 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
nilutamide	5	PA; NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
octreotide acetate	4	PA

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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
OPDUALAG	5	PA; NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30/28); NDS
ORSERDU	5	PA; LA; NDS
oxaliplatin	4	B/D PA
paclitaxel	4	B/D PA
paclitaxel protein-bound	5	PA; NDS
PADCEV	5	PA; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
PAZOPANIB ORAL TABLET 400 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	5	PA; NDS
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	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
pomalidomide	5	PA; QL (21/28); NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
POTELIGEO	5	PA; NDS
PRALATREXATE	5	B/D PA; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; LA; QL (90/30); 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
romidepsin	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
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVANT	4	PA
RYBREVANT FASPRO	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (224/28); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SARCLISA	5	PA; NDS
SARCLISA ESCENA	5	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (300/30); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
sirolimus	4	B/D PA
SOLTAMOX	5	NDS
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
sorafenib	5	PA; QL (120/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
sunitinib malate	5	PA; QL (30/30); NDS
SYLVANT	5	B/D PA; NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
TACROLIMUS INTRAVENOUS	4	B/D PA
tacrolimus oral capsule	4	B/D PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE	5	PA; QL (120/30); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION	5	PA; QL (840/28); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALVEY	4	PA
TALZENNA	5	PA; QL (30/30); NDS
tamoxifen	2	
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TECENTRIQ HYBREZA	5	PA; LA; NDS
TECVAYLI	4	PA
TEMODAR	4	B/D PA
temsirolimus	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
thiotepa	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA
topotecan intravenous recon soln	5	B/D PA; NDS
topotecan intravenous solution	4	B/D PA
toremifene	4	
TRAZIMERA	5	PA; NDS
tretinoin (antineoplastic)	5	NDS
TRODELVY	5	PA; NDS
TRUQAP	5	PA; QL (64/28); 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	5	PA; LA; QL (120/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
UNITUXIN	5	PA; NDS
valrubicin	4	B/D PA
VANFLYTA	5	PA; QL (56/28); NDS
VECTIBIX	5	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA; LA; QL (60/30); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; QL (84/365); NDS
VEPPANU	5	PA; QL (30/30); NDS
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
vinblastine	4	B/D PA
vincristine	4	B/D PA
vinorelbine	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
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 INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA; LA; 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
XOSPATA	5	PA; LA; NDS

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (10 MG X 4), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA; LA; NDS
XPOVIO ORAL TABLET 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	5	PA; 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
yulithira	4	PA; QL (30/30)
ZALTRAP	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZENBEXUS	5	PA; QL (21/28); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS
ZIIHERA	5	PA; NDS
ZIRABEV	5	PA; NDS
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
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO Y NERVIOSO CENTRAL, NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA		
ANTIEPILÉPTICOS		
brivaracetam intravenous	4	
brivaracetam oral solution	5	QL (600/30); NDS
brivaracetam oral tablet	5	QL (60/30); NDS
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr	4	
carbamazepine oral suspension	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
carbamazepine oral tablet	3	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr	4	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg	3	
CARBAMAZEPINE ORAL TABLET,CHEWABLE 200 MG	3	
clobazam oral suspension	4	PA; QL (480/30)
clobazam oral tablet 10 mg	4	PA; QL (120/30)
clobazam oral tablet 20 mg	4	PA; QL (60/30)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (120/30)
clonazepam oral tablet 2 mg	2	QL (300/30)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg	4	QL (90/30)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.5 mg, 1 mg	4	QL (120/30)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	4	QL (300/30)
DIACOMIT	5	LA; NDS
diazepam rectal	4	
DILANTIN	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle	4	
divalproex oral tablet extended release 24 hr	4	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec)	3	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
eslicarbazepine oral tablet 200 mg	4	QL (180/30); NDS
eslicarbazepine oral tablet 400 mg	4	QL (90/30); NDS
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	5	QL (60/30); NDS
ethosuximide	4	
felbamate	4	
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
fosphenytoin	3	
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	2	QL (360/30)
gabapentin oral capsule 400 mg	2	QL (270/30)
gabapentin oral solution	4	QL (2160/30)
gabapentin oral tablet 600 mg	2	QL (180/30)
gabapentin oral tablet 800 mg	2	QL (120/30)
lacosamide intravenous	5	QL (1200/30); NDS
LACOSAMIDE ORAL SOLUTION	4	QL (1200/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	3	QL (60/30)
lacosamide oral tablet 50 mg	3	QL (120/30)
lamotrigine oral tablet	2	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible	3	
lamotrigine oral tablets,dose pack	2	
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	4	
levetiracetam intravenous	3	
levetiracetam oral solution	3	
levetiracetam oral tablet	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr	3	
LEVETIRACETAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION	4	
methsuximide	3	
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)
oxcarbazepine oral suspension	4	
oxcarbazepine oral tablet	3	
perampanel oral suspension	5	QL (720/30); NDS
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg	4	QL (30/30); NDS
perampanel oral tablet 2 mg	4	QL (60/30)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	4	QL (60/30); NDS
phenobarbital oral elixir	4	PA; QL (1500/30)
phenobarbital oral tablet	4	PA; QL (120/30)
phenobarbital sodium injection solution	3	
phenytoin oral suspension	2	
phenytoin oral tablet,chewable	3	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 300 mg	3	
phenytoin sodium intravenous solution	3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	QL (120/30)
pregabalin oral capsule 200 mg	4	QL (90/30)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	4	QL (60/30)
pregabalin oral solution	3	QL (900/30)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	2	
roweepra	2	
rufinamide oral suspension	5	PA; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	3	PA
rufinamide oral tablet 400 mg	5	PA; NDS
SPRITAM	4	
SUBVENITE ORAL SUSPENSION	5	NDS
subvenite oral tablet	2	
subvenite starter (blue) kit	2	
subvenite starter (green) kit	2	
subvenite starter (orange) kit	2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA; QL (60/30); NDS
tiagabine	4	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	3	PA
TOPIRAMATE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 50 MG	3	PA
topiramate oral solution	4	PA
topiramate oral tablet	2	PA
valproate sodium	3	
valproic acid	2	
valproic acid (as sodium salt)	2	
VALTOCO	5	PA; QL (10/30); NDS
vigabatrin	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
vigadrone	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIGAFYDE	5	PA; LA; QL (900/30); NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK	5	PA; QL (56/28); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (60/30); 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
zonisamide	2	PA

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1100/30)
ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine injection	4	
benztropine oral	2	
bromocriptine	4	
carbidopa	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE	4	
carbidopa-levodopa oral tablet	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release	3	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating	4	
entacapone	4	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	5	PA; QL (300/30); NDS
ONGENTYS	3	
pramipexole oral tablet	2	
rasagiline	4	
ropinirole oral tablet	2	
selegiline hcl	3	
TRATAMIENTO PARA LA MIGRAÑA Y LA CEFALEA EN BROTES		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	3	PA; QL (1/30)
dihydroergotamine nasal	4	QL (8/28); NDS
ergotamine-caffeine	3	
naratriptan	3	QL (18/28)
NURTEC ODT	3	PA; QL (16/30)
rizatriptan oral tablet	3	QL (36/28)
rizatriptan oral tablet,disintegrating	4	QL (36/28)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation	4	QL (18/28)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation	4	QL (36/28)
sumatriptan succinate oral	2	QL (18/28)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	4	QL (8/28)
sumatriptan succinate subcutaneous solution	4	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS DIVERSOS		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5	PA; QL (56/365); NDS
dalfampridine	3	PA; QL (60/30)
dextromethorphan-quinidine	4	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	4	PA; QL (14/30)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	4	PA; QL (120/365)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
donepezil oral tablet 10 mg	2	QL (60/30)
donepezil oral tablet 5 mg	2	QL (30/30)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	2	QL (60/30)
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	2	QL (30/30)
EDARAVONE	4	PA
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr	4	QL (30/30)
galantamine oral solution	4	QL (200/30)
galantamine oral tablet	3	QL (60/30)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	5	PA; QL (30/30); NDS
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	5	PA; QL (12/28); NDS
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	5	PA; QL (30/30); NDS
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	5	PA; QL (12/28); NDS
KESIMPTA PEN	5	PA; QL (1.6/28); NDS
LEQEMBI IQLIK	5	PA; NDS
memantine oral solution	4	PA; QL (300/30)
memantine oral tablet 10 mg	3	PA; QL (60/30)
memantine oral tablet 5 mg	3	PA; QL (90/30)
MEMANTINE ORAL TABLETS,DOSE PACK	3	PA; QL (98/365)
memantine-donepezil	3	PA
NUEDEXTA	4	PA
RADICAVA	4	PA
rivastigmine	4	
rivastigmine tartrate	4	QL (60/30)
teriflunomide	5	PA; QL (30/30); NDS
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	4	PA; QL (240/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
ZEPOSIA	5	PA; QL (30/30); NDS
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	5	PA; QL (56/365); NDS
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	5	PA; QL (14/365); NDS
RELAJANTES MUSCULARES Y TRATAMIENTO ANTIESPASMÓDICO		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
baclofen oral tablet 15 mg	3	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	3	PA
dantrolene oral	4	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	3	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	3	
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg	4	
tizanidine oral tablet	2	
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SYRINGE	4	PA; LA
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
acetaminophen-codeine oral solution	3	QL (4500/30); NDS
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	3	QL (360/30); NDS
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	3	QL (180/30); NDS
buprenorphine hcl injection solution	5	NDS
buprenorphine hcl injection syringe	4	NDS
buprenorphine hcl sublingual	3	
endocet	3	QL (360/30); NDS
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	4	QL (10/30); NDS
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml	4	QL (5550/30); NDS
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 7.5-325 MG/15 ML	4	QL (5550/30); NDS
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (360/30); NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	4	QL (50/30); NDS
hydromorphone oral liquid	4	QL (2400/30); NDS
hydromorphone oral tablet	4	QL (180/30); NDS
hydromorphone oral tablet extended release 24 hr	4	QL (60/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
methadone injection solution	4	NDS
methadone intensol	4	QL (90/30); NDS
methadone oral concentrate	4	QL (90/30); NDS
methadone oral solution 10 mg/5 ml	4	QL (600/30); NDS
methadone oral solution 5 mg/5 ml	4	QL (1200/30); NDS
methadone oral tablet 10 mg	3	QL (120/30); NDS
methadone oral tablet 5 mg	3	QL (240/30); NDS
morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	4	NDS
morphine concentrate oral solution	4	QL (900/30); NDS
MORPHINE INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML	4	NDS
morphine injection syringe 4 mg/ml	4	NDS
morphine intravenous solution 10 mg/ml	4	NDS
MORPHINE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 10 MG/ML	4	NDS
morphine intravenous syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml	4	NDS
morphine oral solution	4	QL (900/30); NDS
morphine oral tablet	3	QL (180/30); NDS
morphine oral tablet extended release	3	QL (120/30); NDS
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	3	QL (180/30); NDS
oxycodone oral tablet 5 mg	3	QL (360/30); NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (360/30); NDS
SUBLOCADE	5	NDS
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES		
buprenorphine-naloxone sublingual film	4	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet	2	
butorphanol nasal	4	QL (10/28); NDS
celecoxib	4	QL (60/30)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	3	
diclofenac sodium oral	2	
diclofenac sodium topical drops	4	PA; QL (300/28)
diflunisal	4	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	2	
ibu	1	
ibuprofen oral suspension	4	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
KLOXXADO	3	
meloxicam oral tablet 15 mg	1	
meloxicam oral tablet 7.5 mg	1	QL (60/30)
nabumetone	2	
naloxone injection solution	2	
naloxone injection syringe	2	
naltrexone	3	
naproxen oral suspension	4	
naproxen oral tablet	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	2	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	3	
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	4	
oxaprozin oral tablet	4	
REXTOVY	3	
sulindac	2	
tramadol oral tablet 50 mg	2	QL (240/30); NDS
tramadol-acetaminophen	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
FÁRMACOS 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
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (120/30)
alprazolam oral tablet 2 mg	2	QL (150/30)
amitriptyline	4	
amoxapine	3	
aripiprazole oral solution	4	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	4	QL (60/30)
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	4	QL (30/30)
aripiprazole oral tablet,disintegrating	4	QL (60/30)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg	4	QL (60/30)
asenapine maleate sublingual tablet 5 mg	4	QL (90/30)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	4	QL (60/30)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	4	QL (30/30)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC	5	ST; QL (60/30); NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK	4	ST; QL (102/365)
BELSOMRA	3	QL (30/30)
bupropion hcl oral tablet 100 mg	3	QL (120/30)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	3	QL (180/30)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	3	QL (90/30)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	3	QL (30/30)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg	3	QL (120/30)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg, 200 mg	3	QL (60/30)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
BYSANTI ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	PA; QL (60/30); NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
BYSANTI TITRATION PACK A	5	PA; QL (16/365); NDS
BYSANTI TITRATION PACK B	5	PA; QL (24/365); NDS
BYSANTI TITRATION PACK C	5	PA; QL (16/365); NDS
CAPLYTA	5	QL (30/30); NDS
chlorpromazine	4	
citalopram oral solution	4	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg	1	QL (60/30)
citalopram oral tablet 40 mg	1	QL (30/30)
clomipramine	4	
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	4	QL (180/30)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	4	QL (90/30)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	4	QL (360/30)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg	4	
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	3	
clozapine oral tablet,disintegrating	4	
COBENFY	5	ST; QL (60/30); NDS
COBENFY STARTER PACK	5	ST; QL (56/180); NDS
desipramine	4	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg	4	QL (120/30)
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg	4	QL (60/30)
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 50 mg	4	QL (90/30)
dexmethylphenidate oral tablet	3	
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release	4	
dextroamphetamine sulfate oral tablet	4	
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr	4	QL (60/30)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg	3	QL (180/30)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	3	QL (60/30)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 15 mg	3	QL (120/30)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	3	QL (90/30)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 5 mg	3	QL (360/30)
diazepam injection	2	
diazepam intensol	3	QL (360/30)
diazepam oral concentrate	3	QL (360/30)
diazepam oral solution	4	QL (1800/30)
diazepam oral tablet	2	QL (180/30)
doxepin oral capsule	4	
doxepin oral concentrate	4	
doxepin oral tablet	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)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 60 mg	3	QL (60/30)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	3	QL (120/30)
EMSAM	5	QL (30/30); NDS
escitalopram oxalate oral solution	4	QL (600/30)
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (60/30)
escitalopram oxalate oral tablet 20 mg	2	QL (30/30)
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	5	ST; QL (30/30); NDS
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK	5	ST; QL (32/180); NDS
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)
fluoxetine oral capsule 10 mg	2	QL (120/30)
fluoxetine oral capsule 20 mg, 40 mg	2	QL (90/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
fluoxetine oral solution	2	
fluphenazine decanoate	4	
fluphenazine hcl injection	4	
fluphenazine hcl oral concentrate	4	
fluphenazine hcl oral elixir	4	
fluphenazine hcl oral tablet	3	
fluvoxamine oral tablet 100 mg	3	QL (90/30)
fluvoxamine oral tablet 25 mg	2	QL (90/30)
fluvoxamine oral tablet 50 mg	2	QL (120/30)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr	4	QL (30/30)
haloperidol decanoate	4	
haloperidol lactate injection	4	
haloperidol lactate oral	2	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 2 mg, 20 mg	2	
haloperidol oral tablet 1 mg, 10 mg, 5 mg	3	
imipramine hcl	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
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
lisdexamfetamine oral tablet,chewable	4	QL (30/30)
lithium carbonate	2	
lithium citrate	2	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
lorazepam injection	4	
lorazepam intensol	3	QL (150/30)
lorazepam oral concentrate	3	QL (150/30)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90/30)
lorazepam oral tablet 2 mg	2	QL (150/30)
loxapine succinate	4	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	4	QL (30/30)
lurasidone oral tablet 80 mg	4	QL (60/30)
LYBALVI	4	PA; QL (30/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
methylphenidate hcl oral tablet	3	QL (90/30)
methylphenidate hcl oral tablet extended release	4	
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 36 mg, 54 mg	4	
mirtazapine oral tablet	2	
mirtazapine oral tablet,disintegrating	3	QL (30/30)
modafinil oral tablet 100 mg	3	PA; QL (30/30)
modafinil oral tablet 200 mg	3	PA; QL (60/30)
molindone	4	
nefazodone	4	
nortriptyline oral capsule	2	
nortriptyline oral solution	3	
NUPLAZID	5	PA; QL (30/30); NDS
olanzapine intramuscular	4	QL (30/30)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	4	QL (60/30)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	4	QL (30/30)
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	4	QL (60/30)
olanzapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 20 mg	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
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 9 mg	4	PA; QL (30/30)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 6 mg	4	PA; QL (60/30)
paroxetine hcl oral suspension	4	QL (900/30)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg	2	QL (180/30)
paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	2	QL (30/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	2	QL (60/30)
perphenazine	4	
perphenazine-amitriptyline	4	
phenelzine	3	
pimozide	4	
protriptyline	4	
quetiapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (120/30)
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	2	QL (90/30)
quetiapine oral tablet 200 mg	2	QL (90/30)
quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg	2	QL (60/30)
RALDESY	5	NDS
REXULTI ORAL TABLET	5	QL (30/30); NDS
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	4	QL (2/28)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	5	QL (2/28); NDS
risperidone oral solution	4	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	2	QL (120/30)
risperidone oral tablet 1 mg	2	QL (180/30)
risperidone oral tablet 2 mg	2	QL (90/30)
risperidone oral tablet 3 mg	2	QL (60/30)
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	4	QL (120/30)
risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg	4	QL (180/30)
risperidone oral tablet,disintegrating 2 mg	4	QL (90/30)
risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg	4	QL (60/30)
SECUADO	5	QL (30/30); NDS
sertraline oral concentrate	4	
sertraline oral tablet	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)
tasimelteon	5	PA; QL (30/30); NDS
thioridazine	4	
thiothixene	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
tranylcypromine	4	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg	3	
trifluoperazine oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	
trimipramine	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg	2	QL (60/30)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg	2	QL (90/30)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg	2	QL (90/30)
venlafaxine oral tablet 50 mg, 75 mg	2	QL (120/30)
VERSACLOZ	5	NDS
vilazodone	4	QL (30/30)
VRAYLAR	3	QL (30/30)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg	4	QL (180/30)
ziprasidone hcl oral capsule 40 mg	4	QL (120/30)
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	4	QL (60/30)
ziprasidone mesylate	4	QL (6/30)
zolpidem oral tablet	2	QL (30/30)
ZURZUVAE	4	PA

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN Y LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone intravenous solution	4	B/D PA
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	4	
amiodarone oral tablet 200 mg	2	
dofetilide	4	
flecainide	4	
lidocaine (pf) intravenous	4	
mexiletine	4	
pacerone oral tablet 100 mg	4	
pacerone oral tablet 200 mg	2	
propafenone	4	
quinidine sulfate oral tablet	2	
sotalol af	2	
sotalol oral	2	
SOTYLIZE	4	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
acebutolol	2	
aliskiren	4	
amiloride	2	
amiloride-hydrochlorothiazide	2	
amlodipine	1	
amlodipine-benazepril	1	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
amlodipine-valsartan	1	
amlodipine-valsartan-hcthiazid	3	
atenolol	1	
atenolol-chlorthalidone	2	
azilsartan medoxomil	1	
benazepril	1	
benazepril-hydrochlorothiazide	1	
betaxolol oral	3	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
BISOPROLOL FUMARATE ORAL TABLET 2.5 MG	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide	1	
bumetanide injection	4	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
bumetanide oral tablet 2 mg	3	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	3	QL (60/30)
candesartan oral tablet 32 mg	3	QL (30/30)
candesartan-hydrochlorothiazid	3	
captopril	4	
cartia xt	3	
carvedilol	1	
chlorothiazide sodium	4	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
clonidine	4	QL (4/28)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	2	
diltiazem hcl intravenous solution	4	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable	3	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	3	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr	3	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr	3	
diltiazem hcl oral tablet	2	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr	3	
dilt-xr	3	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	2	QL (30/30)
doxazosin oral tablet 8 mg	2	QL (60/30)
enalapril maleate oral tablet	1	
enalapril-hydrochlorothiazide	1	
ethacrynate sodium	4	
felodipine	2	
fosinopril	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide	1	
furosemide injection	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
furosemide oral solution	2	
furosemide oral tablet	1	
hydralazine injection	4	
hydralazine oral	1	
hydrochlorothiazide	1	
indapamide	2	
irbesartan	1	QL (30/30)
irbesartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30/30)
isosorbide-hydralazine	3	QL (180/30)
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	
lisinopril	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide	1	
losartan	1	QL (60/30)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	1	QL (30/30)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	1	QL (60/30)
matzim la	3	
metolazone	3	
metoprolol succinate	2	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	3	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
metyrosine	5	PA; NDS
minoxidil oral	2	
moexipril	1	
nicardipine intravenous solution	4	
nicardipine oral	4	
nifedipine oral tablet extended release	3	
nifedipine oral tablet extended release 24hr	3	
nimodipine oral capsule	4	
olmesartan	1	
olmesartan-hydrochlorothiazide	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
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 0.25 MG, 1 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NDS
perindopril erbumine	1	
pindolol	3	
prazosin	4	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr	4	
propranolol oral solution	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
propranolol oral tablet	2	
quinapril	1	
quinapril-hydrochlorothiazide	2	
ramipril	1	
spironolactone oral tablet	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz	2	
telmisartan	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (30/30)
terazosin oral capsule 10 mg	1	QL (60/30)
tiadylt er	3	
timolol maleate oral	4	
torsemide oral	2	
trandolapril	1	
triamterene-hydrochlorothiazid	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	1	QL (60/30)
valsartan oral tablet 320 mg	1	QL (30/30)
valsartan-hydrochlorothiazide	1	QL (30/30)
verapamil intravenous solution	4	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct	3	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	3	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	4	
verapamil oral tablet	2	
verapamil oral tablet extended release	2	
TRATAMIENTO PARA LA COAGULACIÓN		
aminocaproic acid oral solution	5	NDS
aminocaproic acid oral tablet	4	
cilostazol	2	
clopidogrel oral tablet 300 mg	4	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	QL (30/30)
dipyridamole oral	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
DOPTELET SPRINKLE	5	PA; LA; NDS
ELIQUIS	3	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	
ELIQUIS SPRINKLE	3	
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	5	PA; QL (360/30); NDS
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	5	PA; QL (180/30); NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	5	PA; QL (30/30); NDS
eltrombopag olamine oral tablet 75 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
enoxaparin	4	
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5	NDS
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	4	
heparin (porcine) in 5 % dex	4	
heparin (porcine) in nacl (pf) intravenous parenteral solution 1,000 unit/500 ml	4	
HEPARIN (PORCINE) IN NACL (PF) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2,000 UNIT/1,000 ML	4	
heparin (porcine) injection solution	3	
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	4	
HEPARIN, PORCINE (PF) INJECTION SYRINGE 5,000 UNIT/0.5 ML	4	
jantoven	1	
pentoxifylline	2	
rivaroxaban oral tablet	4	QL (60/30)
ticagrelor	4	QL (60/30)
warfarin	1	
AGENTES PARA REDUCIR EL COLESTEROL/ LÍPIDOS		
atorvastatin	1	QL (30/30)
cholestyramine (with sugar)	3	
cholestyramine light	3	
colestipol oral granules	4	
colestipol oral packet	4	
colestipol oral tablet	3	
ezetimibe	2	QL (30/30)
ezetimibe-simvastatin	1	QL (30/30)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	
fenofibrate nanocrystallized	2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	2	
fenofibric acid (choline)	2	
fluvastatin oral capsule 20 mg	1	QL (30/30)
fluvastatin oral capsule 40 mg	1	QL (60/30)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr	1	QL (30/30)
gemfibrozil	2	
icosapent ethyl	4	
lovastatin oral tablet 10 mg	1	QL (30/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
niacin oral tablet extended release 24 hr	4	
pitavastatin calcium	1	QL (30/30)
pravastatin	1	QL (30/30)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (6/28)
REPATHA SYRINGE	3	PA; QL (6/28)
rosuvastatin	1	QL (30/30)
simvastatin	1	QL (30/30)
AGENTES CARDIOVASCULARES DIVERSOS		
CAMZYOS	5	PA; QL (30/30); NDS
digoxin injection	4	
digoxin oral solution	4	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	3	
digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)	4	
ENTRESTO SPRINKLE	3	QL (240/30)
FILSPARI	5	PA; QL (30/30); NDS
ivabradine	4	PA; QL (60/30)
LANOXIN PEDIATRIC	4	
ranolazine	4	QL (60/30)
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	3	QL (180/30)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	3	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAMAX	5	PA; NDS
NITRATOS		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	4	
isosorbide mononitrate	2	
nitroglycerin sublingual	3	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	2	
nitroglycerin translingual	4	
DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIPSORIÁSICO/ ANTISEBORREICO		
acitretin	4	PA
calcipotriene scalp	3	QL (120/30)
calcipotriene topical cream	4	QL (120/30)
calcipotriene topical ointment	4	QL (120/30)
COSENTYX (2 SYRINGES)	5	PA; QL (10/28); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS	5	PA; NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
COSENTYX PEN	5	PA; QL (10/28); NDS
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
OTULFI INTRAVENOUS	5	PA; QL (104/180); NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL (0.5/28)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA; QL (0.5/28)
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
selenium sulfide topical lotion	2	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (6/365); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (6/365); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 55 MG/0.37 ML	5	PA; QL (0.74/84); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS	5	PA; QL (20/28); NDS
TREMFYA ONE-PRESS	5	PA; QL (2/28); NDS
TREMFYA PEN	5	PA; QL (2/28); NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	5	PA; QL (24/365); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2/28); NDS
DERMATOLÓGICOS DIVERSOS		
ammonium lactate	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
EUCRISA	4	PA; QL (120/30)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
fluorouracil topical cream 5 %	4	
fluorouracil topical solution	4	
glydo	3	QL (60/30)
imiquimod topical cream in packet 5 %	3	
lidocaine (pf) injection solution	4	
lidocaine hcl injection solution	4	
lidocaine hcl laryngotracheal	3	
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator	3	QL (60/30)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	3	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90/30)
lidocaine-prilocaine topical cream	4	QL (30/30)
methoxsalen	5	NDS
PANRETIN	5	NDS
pimecrolimus	4	PA; QL (100/30)
podofilox topical solution	4	
SANTYL	4	QL (180/30)
silver sulfadiazine	3	
ssd	3	
tacrolimus topical	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO PARA EL ACNÉ		
adapalene topical gel 0.3 %	4	QL (45/30)
adapalene topical gel with pump	4	QL (45/30)
claravis	4	
clindamycin phosphate topical gel	4	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical gel, once daily	4	QL (150/30)
clindamycin phosphate topical lotion	3	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical solution	4	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical swab	4	QL (60/30)
ery pads	4	
erythromycin with ethanol topical gel	4	
erythromycin with ethanol topical solution	3	
erythromycin-benzoyl peroxide	4	
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	
metronidazole topical	4	
tazarotene topical cream	4	PA
tazarotene topical gel	4	PA

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
tretinoin topical cream	4	PA
tretinoin topical gel 0.01 %	3	PA
tretinoin topical gel 0.025 %, 0.05 %	4	PA
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
gentamicin topical cream	4	QL (60/30)
gentamicin topical ointment	3	
mupirocin	2	QL (44/30)
mupirocin calcium	4	QL (30/30)
sulfacetamide sodium (acne)	4	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
ciclodan topical solution	4	
ciclopirox topical cream	4	QL (90/28)
ciclopirox topical shampoo	4	QL (120/28)
ciclopirox topical solution	4	QL (6.6/28)
ciclopirox topical suspension	4	QL (60/28)
clotrimazole topical cream	3	QL (45/28)
clotrimazole topical solution	3	QL (30/28)
clotrimazole-betamethasone topical cream	4	QL (45/28)
econazole nitrate topical cream	4	QL (85/28)
ketoconazole topical cream	2	QL (60/28)
ketoconazole topical shampoo	2	QL (120/28)
klayesta	3	QL (180/30)
nyamyc	3	QL (180/30)
nystatin topical cream	2	QL (30/28)
nystatin topical ointment	2	QL (30/28)
nystatin topical powder	3	QL (180/30)
nystatin-triamcinolone	4	QL (60/28)
nystop	3	QL (180/30)
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS		
ala-cort topical cream	2	
alclometasone	3	
betamethasone dipropionate	4	
betamethasone valerate topical cream	3	
betamethasone valerate topical lotion	4	
betamethasone valerate topical ointment	3	
betamethasone, augmented topical cream	2	
betamethasone, augmented topical gel	4	
betamethasone, augmented topical lotion	4	
betamethasone, augmented topical ointment	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
desoximetasone topical cream	4	
desoximetasone topical gel	4	
desoximetasone topical ointment	4	
fluocinolone and shower cap	4	
fluocinolone topical cream 0.01 %	3	
fluocinolone topical cream 0.025 %	4	
fluocinolone topical oil	4	
fluocinolone topical ointment	4	
fluocinolone topical solution	4	
fluocinonide topical cream 0.05 %	3	QL (120/30)
fluocinonide topical gel	4	QL (120/30)
fluocinonide topical ointment	4	QL (120/30)
fluocinonide topical solution	4	QL (120/30)
fluticasone propionate topical cream	4	
fluticasone propionate topical ointment	3	
halobetasol propionate topical cream	4	
halobetasol propionate topical ointment	4	
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	2	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	2	
hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %	2	
mometasone topical	2	
triamcinolone acetonide topical cream	2	
triamcinolone acetonide topical lotion	3	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	2	
ESCABICIDAS TÓPICOS/ PEDICULICIDAS TÓPICOS		
malathion	4	
permethrin	3	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO Y AGENTES DIVERSOS		
SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN		
lactated ringers irrigation	4	
neomycin-polymyxin b gu	4	
ringer's irrigation	4	
AGENTES DIVERSOS		
acamprosate	4	
anagrelide	3	
carglumic acid	5	PA; LA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
CUVRIOR	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
d10 %-0.45 % sodium chloride	4	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	4	
D5 % (D-GLUCOSE)-0.9 % SODCHLR	4	
d5 % and 0.9 % sodium chloride	4	
d5 %-0.45 % sodium chloride	4	
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	4	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	4	
dextrose 10 % in water (d10w)	4	
dextrose 25 % in water (d25w)	4	
DEXTROSE 5 % IN WATER (D5W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback	4	
dextrose 5 %-lactated ringers	4	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	4	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	4	
DEXTROSE 50 % IN WATER (D50W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	4	
dextrose 70 % in water (d70w)	4	
disulfiram	4	
droxidopa oral capsule 100 mg	4	PA; QL (90/30); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	5	PA; QL (180/30); NDS
glutamine (sickle cell)	5	PA; QL (180/30); NDS
INCRELEX	4	PA; LA
kionex oral suspension	3	
levocarnitine (with sugar)	4	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	4	
levocarnitine oral tablet	4	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	4	QL (34/30)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	4	QL (90/30)
midodrine	4	
nitisinone	5	PA; NDS
pilocarpine hcl oral	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LA; NDS
REVCOVI	5	PA; NDS
REZDIFFRA	5	PA; QL (30/30); NDS
riluzole	3	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram	4	PA; QL (510/30)
sevelamer carbonate oral powder in packet 2.4 gram	4	PA; QL (150/30)
sevelamer carbonate oral tablet	4	PA; QL (510/30)
sodium chloride 0.9 % intravenous	4	
SODIUM CHLORIDE IRRIGATION	4	
sodium phenylbutyrate	5	PA; NDS
sodium polystyrene sulfonate	3	
sps (with sorbitol) oral	3	
trientine oral capsule 250 mg	5	PA; QL (240/30); NDS
TZIELD	4	PA; QL (14/999)
water for irrigation, sterile	4	
WEGOVY ORAL	3	PA; QL (30/30)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2/28)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	3	PA; QL (3/28)
XIAFLEX	5	PA; NDS
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	4	B/D PA
PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR		
bupropion hcl (smoking deter)	3	QL (60/30)
NICOTROL NS	4	
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET	4	
varenicline tartrate oral tablets,dose pack	4	
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA		
AGENTES DIVERSOS		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	3	QL (60/30)
chlorhexidine gluconate mucous membrane	2	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
fluoride (sodium) dental	2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30/30)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	3	QL (30/30)
oralone	4	
periogard	2	
sodium fluoride 5000 dry mouth	2	
sodium fluoride 5000 plus	2	
sodium fluoride-pot nitrate	2	
triamcinolone acetonide dental	4	
PREPARACIONES ÓTICAS DIVERSAS		
acetic acid otic (ear)	3	
flac otic oil	4	
fluocinolone acetonide oil	4	
hydrocortisone-acetic acid	4	
ofloxacin otic (ear)	4	
ESTEROIDE/ ANTIBIÓTICO ÓTICO		
ciprofloxacin-dexamethasone	3	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear)	4	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ENDOCRINO/ DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
cortisone	4	
DEPO-MEDROL	4	
dexamethasone intensol	4	
dexamethasone oral elixir	3	
dexamethasone oral solution	3	
dexamethasone oral tablet	2	
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	4	
dexamethasone sodium phosphate injection solution	4	
fludrocortisone	2	
hydrocortisone oral	3	
hydrocortisone sod succinate	4	
methylprednisolone	2	
methylprednisolone acetate	4	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	4	
methylprednisolone sodium succ intravenous	4	
prednisolone oral solution	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	4	
prednisolone sodium phosphate oral syringe	4	
prednisone intensol	4	
prednisone oral solution	4	
prednisone oral tablet	2	
prednisone oral tablets,dose pack	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
TARPEYO	5	PA; QL (120/30); NDS
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	4	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
propylthiouracil	3	
TRATAMIENTO PARA LA DIABETES		
acarbose oral tablet 100 mg	1	QL (90/30)
acarbose oral tablet 25 mg	1	QL (360/30)
acarbose oral tablet 50 mg	1	QL (180/30)
alcohol pads	3	PA
ALCOHOL PREP PADS	3	PA
ALCOHOL SWABS	3	PA
ALCOHOL WIPES	3	PA
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3	PA
CURITY ALCOHOL SWABS	3	PA
dapagliflozin oral tablet 10 mg	3	QL (30/30)
dapagliflozin oral tablet 5 mg	3	QL (60/30)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg	3	QL (30/30)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg, 5-500 mg	3	QL (60/30)
diazoxide	5	NDS
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	ST; QL (30/30)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG	3	ST; QL (60/30)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	3	
FIASP PUMPCART	3	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
FIASP U-100 INSULIN	3	
glimepiride oral tablet 1 mg	1	QL (240/30)
glimepiride oral tablet 2 mg	1	QL (120/30)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	QL (60/30)
glipizide oral tablet 10 mg	1	QL (120/30)
GLIPIZIDE ORAL TABLET 15 MG	3	QL (60/30)
GLIPIZIDE ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (30/30)
glipizide oral tablet 5 mg	1	QL (240/30)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	1	QL (60/30)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	1	QL (240/30)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	1	QL (120/30)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	1	QL (240/30)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	QL (120/30)
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	3	
GVOKE	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	QL (0.8/30)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	QL (0.8/30)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	QL (0.8/30)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
JARDIANCE	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	3	
LANTUS U-100 INSULIN	3	
metformin oral solution	1	QL (765/30)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	QL (75/30)
metformin oral tablet 500 mg	1	QL (150/30)
metformin oral tablet 850 mg	1	QL (90/30)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	QL (120/30)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	QL (60/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
nateglinide oral tablet 120 mg	1	QL (90/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
nateglinide oral tablet 60 mg	1	QL (180/30)
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 INSULN	3	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	3	
OZEMPIC ORAL	3	PA; QL (30/30)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS	3	PA; QL (3/28)
pioglitazone	1	QL (30/30)
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	3	PA
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	3	PA
repaglinide oral tablet 0.5 mg	1	QL (960/30)
repaglinide oral tablet 1 mg	1	QL (480/30)
repaglinide oral tablet 2 mg	1	QL (240/30)
RYBELSUS	3	PA; QL (30/30)
sitagliptin phos-metformin oral tablet	3	QL (60/30)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	3	QL (30/30)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	3	QL (60/30)
sitagliptin phosphate	3	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)
HORMONAS DIVERSAS		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
cabergoline	3	
calcitonin (salmon) nasal	3	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	4	
calcitriol oral capsule	2	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
calcitriol oral solution	4	
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN INTRAMUSCULAR	4	PA
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	4	QL (60/30)
cinacalcet oral tablet 90 mg	4	QL (120/30)
danazol	4	
desmopressin injection	4	
desmopressin nasal spray with pump	4	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	4	
desmopressin oral	3	
doxercalciferol intravenous	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
mifepristone oral tablet 300 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
pamidronate intravenous solution	4	
paricalcitol oral	4	
sapropterin	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
testosterone cypionate	3	
testosterone enanthate	4	
testosterone transdermal gel	4	PA; QL (300/30)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	4	PA; QL (300/30)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	4	PA; QL (150/30)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)	4	PA; QL (300/30)
TESTOSTERONE TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1 % (50 MG/5 GRAM)	4	PA; QL (300/30)
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet	5	PA; QL (120/30); NDS
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential	5	PA; QL (56/28); NDS
tolvaptan oral tablet 15 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
tolvaptan oral tablet 30 mg	5	PA; QL (60/30); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
zoledronic acid intravenous solution	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
levothyroxine oral table	2	
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	3	
liomny	3	
liothyronine oral	3	
SYNTHROID	4	
unithroid	4	
GASTROENTEROLOGÍA		
ANTIDIARREICOS Y ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine oral capsule	2	
dicyclomine oral solution	4	
dicyclomine oral tablet 20 mg	2	
diphenoxylate-atropine	4	
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER INJECTION	4	
glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	4	
GLYCOPYRROLATE (PF) INJECTION SYRINGE 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	4	
glycopyrrolate (pf) injection syringe 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml)	4	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	4	
loperamide oral capsule	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES DIVERSOS		
alosetron	4	PA
aprepitant oral capsule 125 mg	5	B/D PA; NDS
aprepitant oral capsule 40 mg, 80 mg	4	B/D PA
aprepitant oral capsule,dose pack	4	B/D PA
balsalazide	4	
betaine	5	NDS
budesonide oral capsule,delayed,extend.release	4	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release	5	NDS
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	4	
compro	4	
constulose	2	
CORTIFOAM	5	NDS
CREON	3	
cromolyn oral	3	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
dronabinol oral capsule	4	B/D PA; QL (60/30)
ENTYVIO PEN	5	PA; QL (1.36/28); NDS
enulose	2	
gavilyte-c	2	
generlac	2	
granisetron hcl oral	3	B/D PA
hydrocortisone rectal	3	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator	2	
IQIRVO	5	PA; QL (30/30); NDS
lactulose oral solution	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
lubiprostone	3	QL (60/30)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	
mesalamine oral capsule, extended release	4	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr	4	
mesalamine rectal enema	4	
mesalamine with cleansing wipe	4	
metoclopramide hcl oral solution	2	
metoclopramide hcl oral tablet	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
nitroglycerin rectal	4	
ondansetron hcl (pf)	4	
ondansetron hcl intravenous	4	
ondansetron hcl oral solution	4	B/D PA
ondansetron hcl oral syringe 2 mg/2.5 ml	4	B/D PA
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	2	B/D PA
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	2	B/D PA
palonosetron intravenous solution 0.25 mg/5 ml	4	
peg 3350-electrolytes	2	
peg-electrolyte soln	2	
prochlorperazine	4	
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	4	
prochlorperazine maleate	2	
procto-med hc	2	
proctosol hc topical	2	
proctozone-hc	2	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS
SANCUSO	5	NDS
scopolamine base	4	QL (10/30)

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
sodium,potassium,mag sulfates	4	
SUCRAID	5	PA; NDS
SUFLAVE	4	
sulfasalazine	2	
SUTAB	4	
ursodiol oral capsule 300 mg	3	
ursodiol oral tablet	4	
VOWST	5	PA; LA; NDS
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	3	
ZYMFENTRA	5	PA; QL (2/28); NDS
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
bismuth subcit k-metronidz-tcn	4	
famotidine oral suspension for reconstitution	4	
famotidine oral tablet 20 mg	4	
famotidine oral tablet 40 mg	3	
misoprostol	3	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec)	2	QL (60/30)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	2	QL (60/30)
sucralfate oral tablet	2	
TALICIA	4	QL (168/180)

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
VOQUEZNA DUAL PAK	4	QL (224/365)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	4	QL (224/365)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS Y BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
BESREMI PEN	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML	4	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS 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
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	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
plerixafor	5	B/D PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5	PA; NDS
VACUNAS / INMUNOLÓGICOS DIVERSOS		
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 INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	V

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	
DENGVAXIA (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA; V
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B/D PA; V
fomepizole	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	V
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	V
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
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)
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	B/D PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	3	B/D PA
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENBRAYA (PF)	3	V
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	3	V
PENTACEL (PF)	3	
PRIORIX (PF)	3	V
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	B/D PA; V
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA; V
ROTARIX	3	
ROTATEQ VACCINE	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	3	V; QL (2/999)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	V; QL (1/999)
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

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
TRUMENBA	3	V
TWINRIX (PF)	3	V
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	V
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	V
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 (PF)	3	V
VIVOTIF	3	V; QL (4/720)
XEMBIFY	5	B/D PA; NDS
YF-VAX (PF)	3	V
SUMINISTROS DIVERSOS		
SUMINISTROS DIVERSOS		
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)
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	3	
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)
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)
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY	3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	3	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	3	
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)
NOVOPEN ECHO	3	
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 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)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS)	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)
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 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4"	3	PA; QL (200/30)

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
UNIFINE PENTIPS	3	PA; QL (200/30)
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	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 NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	3	PA; QL (200/30)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP	3	PA; QL (200/30)
MUSCULOESQUELÉTICO/ REUMATOLOGÍA		
TRATAMIENTO PARA LA GOTA		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	2	
colchicine oral tablet	3	QL (120/30)
febuxostat	4	
probenecid	3	
probenecid-colchicine	3	
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS		
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30/30)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	2	QL (4/28)
CONEXXENCE	4	QL (1/180)
ibandronate oral	3	QL (1/28)
raloxifene	3	QL (30/30)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	5	PA; QL (2.24/28); NDS
OTROS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS		
BENLYSTA	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
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 PUSHTOUCH	5	PA; QL (4.8/28); NDS
HADLIMA(CF)	5	PA; QL (2.4/28); NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	5	PA; QL (2.4/28); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (2.28/28); NDS

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (2.28/28); NDS
leflunomide	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
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; QL (54/365); NDS
OTEZLA XR	5	PA; QL (30/30); NDS
OTEZLA XR INITIATION	5	PA; QL (82/365); NDS
penicillamine	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
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
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		
ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
camila	4	
deblitane	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
dotti	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
emzahh	4	
errin	4	
estradiol oral	2	
estradiol transdermal patch semiweekly	4	QL (8/28)
estradiol transdermal patch weekly	4	QL (4/28)
estradiol vaginal cream	3	
estradiol vaginal tablet	4	
estradiol valerate	4	
gallifrey	4	
heather	4	
incassia	4	
jencycla	4	
lyza	4	
medroxyprogesterone intramuscular	3	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
medroxyprogesterone oral	2	
meleya	4	
nora-be	4	
norethindrone (contraceptive)	3	
norethindrone acetate	4	
orquidea	4	
PREMARIN INJECTION	4	
PREMPRO	3	
progesterone micronized oral	3	
sharobel	4	
yuvafem	4	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DIVERSOS		
clindamycin phosphate vaginal	4	
etonogestrel-ethinyl estradiol	3	
LILETTA	3	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	4	
NEXPLANON	3	
terconazole	4	
tranexamic acid oral	3	
zafemy	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES Y AGENTES RELACIONADOS		
afirmelle	4	
altavera (28)	4	
alyacen 1/35 (28)	4	
alyacen 7/7/7 (28)	4	
amethyst (28)	4	
apri	4	
aranelle (28)	4	
ashlyna	4	
aubra eq	4	
aurovela 1.5/30 (21)	4	
aurovela 1/20 (21)	4	
aurovela 24 fe	4	
aurovela fe 1.5/30 (28)	4	
aurovela fe 1-20 (28)	4	
aviane	4	
ayuna	4	
azurette (28)	4	
balziva (28)	4	
blisovi 24 fe	4	
blisovi fe 1.5/30 (28)	4	
blisovi fe 1/20 (28)	4	
briellyn	4	
camrese	4	
camrese lo	4	
charlotte 24 fe	4	
chateal eq (28)	4	
cryselle (28)	4	
cyred eq	4	
dasetta 1/35 (28)	4	
dasetta 7/7/7 (28)	4	
daysee	4	
desog-e.estradiol/e.estradiol	4	
dolishale	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
drospirenone-e.estradiol-lm.fa	4	
drospirenone-ethinyl estradiol	4	
elinest	4	
enskyce	4	
estarylla	4	
falmina (28)	4	
feirza	4	
finzala	4	
galbriela	4	
gemmily	4	
hailey	4	
hailey 24 fe	4	
hailey fe 1.5/30 (28)	4	
hailey fe 1/20 (28)	4	
iclevia	4	
introvale	4	
isibloom	4	
jaimiess	4	
jasmiel (28)	4	
jolessa	4	
joyeaux	4	
juleber	4	
junel 1.5/30 (21)	4	
junel 1/20 (21)	4	
junel fe 1.5/30 (28)	4	
junel fe 1/20 (28)	4	
junel fe 24	4	
kaitlib fe	4	
kalliga	4	
kariva (28)	4	
kelnor 1/35 (28)	4	
kurvelo (28)	4	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	4	
larin 1.5/30 (21)	4	
larin 1/20 (21)	4	
larin 24 fe	4	
larin fe 1.5/30 (28)	4	
larin fe 1/20 (28)	4	
lessina	4	
levonest (28)	4	
levonorgest-eth.estradiol-iron	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	3	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month	4	
levonorg-eth estrad triphasic	4	
lojaimiess	4	
loryna (28)	4	
lo-zumandimine (28)	4	
luizza	4	
lutera (28)	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
marlissa (28)	4	
microgestin 1.5/30 (21)	4	
microgestin 1/20 (21)	4	
microgestin fe 1.5/30 (28)	4	
microgestin fe 1/20 (28)	4	
mili	4	
minzoya	4	
mono-linyah	4	
necon 0.5/35 (28)	4	
nikki (28)	4	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	4	
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule	4	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable	4	
norgestimate-ethinyl estradiol	4	
nortrel 0.5/35 (28)	4	
nortrel 1/35 (21)	4	
nortrel 1/35 (28)	4	
nortrel 7/7/7 (28)	4	
nylia 1/35 (28)	4	
nylia 7/7/7 (28)	4	
ocella	4	
philith	4	
pimtrea (28)	4	
portia 28	4	
reclipsen (28)	4	
rivelsa	4	
rosyrah	4	
setlakin	4	
simliya (28)	4	
simpesse	4	
sprintec (28)	3	
syeda	4	
tarina 24 fe	4	
tarina fe 1-20 eq (28)	4	
tilia fe	4	
tri-estarylla	4	
tri-legest fe	4	
tri-linyah	4	
tri-lo-estarylla	4	
tri-lo-marzia	4	
tri-lo-mili	4	
tri-lo-sprintec	4	
tri-mili	4	
tri-sprintec (28)	4	
tri-vylibra	4	
tri-vylibra lo	4	
turqoz (28)	4	
tydemy	4	
valtya	4	
velivet triphasic regimen (28)	4	
vestura (28)	4	
vienva	4	
viorele (28)	4	
volnea (28)	4	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*
Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
vyfemla (28)	4	
vylibra	4	
wera (28)	4	
wymzya fe	4	
xarah fe	4	
xelria fe	4	
zovia 1-35 (28)	4	
zumandimine (28)	4	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
bacitracin-polymyxin b	2	
BESIVANCE	4	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)	2	
erythromycin ophthalmic (eye)	2	
gentamicin ophthalmic (eye) drops	3	
moxifloxacin ophthalmic (eye)	3	
NATACYN	4	
neomycin-bacitracin-polymyxin	4	
neomycin-polymyxin-gramicidin	3	
ofloxacin ophthalmic (eye)	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim	2	
tobramycin ophthalmic (eye)	2	
ANTIVÍRICOS		
trifluridine	3	
ZIRGAN	4	
BLOQUEANTES β		
carteolol	2	
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution	4	
OFTALMOLÓGICOS DIVERSOS		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	3	
ATROPINE SULFATE (PF)	3	
azelastine ophthalmic (eye)	3	
cromolyn ophthalmic (eye)	2	
cyclosporine ophthalmic (eye)	4	QL (60/30)
CYSTARAN	5	PA; NDS
EYLEA	5	PA; QL (0.1/28); NDS
OXERVATE	5	PA; QL (112/56); NDS
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 1.25 %, 2 %, 4 %	3	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops	3	
sulfacetamide-prednisolone	2	

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
XDEMVY	4	PA; QL (10/42)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
diclofenac sodium ophthalmic (eye)	2	
flurbiprofen sodium	3	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %	3	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
acetazolamide oral capsule, extended release	4	
acetazolamide oral tablet	3	
acetazolamide sodium	4	
methazolamide	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %	3	
brimonidine-timolol	4	
dorzolamide	2	
dorzolamide-timolol	2	
latanoprost	1	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc	3	
neomycin-polymyxin b-dexameth	2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)	4	
tobramycin-dexamethasone	3	
ESTEROIDES		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)	3	
difluprednate	4	
fluorometholone	3	
loteprednol etabonate	4	
prednisolone acetate	3	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)	3	
SIMPATICOMIMÉTICOS		
apraclonidine	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	3	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	2	
PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y ALERGIAS		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS Y ANTIALÉRGICOS		
cetirizine oral solution 1 mg/ml	2	
desloratadine oral tablet	3	QL (30/30)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	4	
EPINEPHRINE INJECTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	QL (2/30)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	3	QL (2/30)
epinephrine injection solution	4	
hydroxyzine hcl oral tablet	4	PA
hydroxyzine pamoate	3	PA
levocetirizine oral tablet	2	QL (30/30)
promethazine oral syrup	4	PA
promethazine oral tablet	2	PA
AGENTES PARA ENFERMEDADES PULMONARES		
acetylcysteine	4	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)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (NDA020503)	3	QL (13.4/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION (NDA020983)	3	QL (36/30)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	2	B/D PA
albuterol sulfate oral syrup	2	
albuterol sulfate oral tablet	4	
ambrisentan	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
arformoterol	4	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
breyna	4	QL (10.3/30)
budesonide inhalation	4	B/D PA; QL (120/30)
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
cromolyn inhalation	3	B/D PA
FASENRA PEN	5	PA; QL (1/28); NDS

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
flunisolide	3	QL (50/30)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL	3	QL (60/30)
FLUTICASONE PROPIONATE NASAL	2	QL (16/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
icatibant	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler	4	QL (25.8/30)
ipratropium bromide inhalation solution	2	B/D PA
ipratropium-albuterol	2	B/D PA
JASCAYD	5	PA; QL (60/30); NDS
montelukast oral granules in packet	4	QL (30/30)
montelukast oral tablet	2	QL (30/30)
montelukast oral tablet,chewable	2	QL (30/30)
nintedanib	5	PA; QL (60/30); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	5	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (0.4/28); NDS
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
pirfenidone oral capsule	5	PA; QL (270/30); NDS
pirfenidone oral tablet 267 mg	5	PA; QL (270/30); NDS
PIRFENIDONE ORAL TABLET 534 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
pirfenidone oral tablet 801 mg	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
roflumilast	4	PA; QL (30/30)
sajazir	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet	3	PA; QL (90/30)
SPIRIVA RESPIMAT	4	ST; QL (4/30)
terbutaline	4	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	4	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 450 mg	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 600 mg	3	
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
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
zafirlukast	4	QL (60/30)
MEDICAMENTOS UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS Y ANTIESPASMÓDICOS		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	
oxybutynin chloride oral syrup	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	2	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr	4	QL (60/30)
solifenacin	4	
tolterodine	4	
TRATAMIENTO PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
alfuzosin	2	
dutasteride	2	
finasteride oral tablet 5 mg	2	QL (30/30)
tamsulosin	2	QL (60/30)
UROLÓGICOS DIVERSOS		
bethanechol chloride	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
potassium citrate oral tablet extended release	4	
RENACIDIN	4	
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	4	PA; QL (30/30)
VITAMINAS, HEMATÍNICOS Y ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
calcium acetate(phosphat bind)	3	PA
klor-con	2	
klor-con 10	2	
klor-con 8	2	
klor-con m10	2	
klor-con m20	2	
lactated ringers intravenous	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	4	
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution	4	
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	4	
MAGNESIUM SULFATE IN WATER INTRAVENOUS PIGGYBACK 3 GRAM/100 ML (3 %)	4	
magnesium sulfate injection	4	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	4	
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	4	
potassium chloride in 5 % dex	4	
potassium chloride in lr-d5	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	4	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS	4	
potassium chloride oral capsule, extended release	3	
potassium chloride oral liquid	4	
potassium chloride oral packet 20 meq	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	2	
POTASSIUM CHLORIDE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals	2	
potassium chloride-0.45 % nacl	4	
potassium chloride-d5-0.2%nacl	4	
potassium chloride-d5-0.9%nacl	4	
ringer's intravenous	4	
sodium bicarbonate intravenous syringe 50 meq/50 ml (8.4 %)	4	
sodium chloride 0.45 % intravenous	4	
sodium chloride 3 % hypertonic	4	
sodium chloride 5 % hypertonic	4	
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml	4	
SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 4 MEQ/ML	4	
PRODUCTOS NUTRICIONALES DIVERSOS		
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
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
electrolyte-48 in d5w	4	
intralipid intravenous emulsion 20 %	4	B/D PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA

EN MAYÚSCULAS = MEDICAMENTO DE MARCA *Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
premasol 10 %	5	B/D PA; NDS
PROSOL 20 %	4	B/D PA
travasol 10 %	4	B/D PA
TROPHAMINE 10 %	4	B/D PA
VITAMINAS Y HEMATÍNICOS		
bal-care dha	3	
c-nate dha	3	
complete natal dha	3	
elite-ob	3	
fluoride (sodium) oral tablet	1	
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	1	
folivane-ob	3	
ludent fluoride oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	1	
m-natal plus	3	
pnv-dha	3	
pnv-omega	3	
pnv-select	3	
pr natal 400	3	
pr natal 400 ec	3	
pr natal 430	3	
pr natal 430 ec	3	
prenatal plus (calcium carb)	3	
prenatal vitamin plus low iron	3	
taron-c dha	3	
trinatal rx 1	3	
wescap-pn dha	3	
wesnate dha	3	
westab plus	3	
westgel dha	2	

Índice

A

abacavir 9
abacavir-lamivudine....9
ABILIFY ASIMTUFII 40
ABILIFY MAINTENA....40
abiraterone 18
abirtega....18
ABRYSVO (PF) 66
acamprosate....55
acarbose....59
acebutolol 46
acetaminophen-codeine 37
acetazolamide 76
acetazolamide sodium....76
acetic acid....58
acetylcysteine....77
acitretin 51
ACTHIB (PF) 66
ACTIMMUNE....66
acyclovir....9
acyclovir sodium 9
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 66
adapalene....53
ADCETRIS 18
ADEMPAS....77
ADSTILADRIN....18
ADVAIR HFA....77
ADVOCATE PEN NEEDLE....68
afirmelle 72
AIMOVIG AUTOINJECTOR 35
AKEEGA....18
ala-cort....54
albendazole 14
albuterol sulfate 77
ALBUTEROL SULFATE 77
alclometasone 54
alcohol pads 59
ALCOHOL PREP PADS....59
ALCOHOL SWABS 59
ALCOHOL WIPES....59
ALDURAZYME....61
ALECENSA 18
alendronate....70
alfuzosin 80
aliskiren 46
allopurinol 70
alosetron 63
alprazolam....40
altavera (28)....72
ALUNBRIG....18
alyacen 1/35 (28) 72
alyacen 7/7/7 (28) 72
amantadine hcl....9
ambrisentan 77
amethyst (28) 72
amikacin 14
amiloride....46
amiloride-hydrochlorothiazide 46
aminocaproic acid 49
amiodarone 46
amitriptyline 40
amlodipine....46
amlodipine-benazepril 46
amlodipine-valsartan 47
amlodipine-valsartan-hcthiazid 47
ammonium lactate....52
amoxapine....40
amoxicillin....16
amoxicillin-pot clavulanate 16
amphotericin b....9
amphotericin b liposome 9
ampicillin 16
ampicillin sodium....16
ampicillin-sulbactam....16
anagrelide 55
anastrozole....18
ANKTIVA....18
ANORO ELLIPTA....77
apraclonidine....76
aprepitant 63
apri 72
APTIVUS....9
aranelle (28)....72
ARCALYST 66
AREXVY (PF)....66
arformoterol....77
ARIKAYCE....14
aripiprazole....40
ARNUITY ELLIPTA....77
arsenic trioxide 18
asenapine maleate....40
ashlyna 72
ASSURE ID INSULIN SAFETY....68
atazanavir 9
atenolol 47
atenolol-chlorthalidone....47
ATGAM....66
atomoxetine 40
atorvastatin 50
atovaquone 14
atovaquone-proguanil 14
atropine....75
ATROPINE SULFATE (PF) 75
aubra eq....72
AUGTYRO....18
aurovela 1.5/30 (21)....72
aurovela 1/20 (21)....72
aurovela 24 fe 72
aurovela fe 1.5/30 (28)....72
aurovela fe 1-20 (28) 72
AUSTEDO 35
AUSTEDO XR 35
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)....36
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS....68
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS....68
AUVELITY 40
aviane 72
AVMAPKI-FAKZYNJA 18
ayuna 72
AYVAKIT....18
azacitidine....18
azathioprine 18
azathioprine sodium....18
azelastine....57, 75
azilsartan medoxomil 47
azithromycin....13
aztreonam....14
azurette (28) 72

B

bacitracin-polymyxin b 75
baclofen 37
bal-care dha....82
balsalazide....63
BALVERSA....19
balziva (28) 72
BARACLUDE....9

BAVENCIO 19
BCG VACCINE, LIVE (PF) 66
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 68
BEIZRAY 19
BEIZRAY-ALBUMIN 19
BELEODAQ 19
BELSOMRA 40
benazepril 47
benazepril-hydrochlorothiazide 47
bendamustine 19
BENDAMUSTINE 19
BENDEKA 19
BENLYSTA 70
benztropine 35
BESIVANCE 75
BESPONSA 19
BESREMI 66
BESREMI PEN 66
betaine 63
betamethasone dipropionate 54
betamethasone valerate 54
betamethasone, augmented 54
betaxolol 47
bethanechol chloride 80
bexarotene 19
BEXSERO 66
bicalutamide 19
BICILLIN L-A 16
BIKTARVY 9
bimatoprost 76
bismuth subcit k-metronidz-tcn 65
bisoprolol fumarate 47
BISOPROLOL FUMARATE 47
bisoprolol-hydrochlorothiazide 47
BIZENGRI 19
BLENREP 19
bleomycin 19
BLINCYTO 19
blisovi 24 fe 72
blisovi fe 1.5/30 (28) 72
blisovi fe 1/20 (28) 72
BOMYNTRA 18
BOOSTRIX TDAP 66
bortezomib 19
BORTEZOMIB 19
BORUZU 19
BOSULIF 19
bosutinib 19
BRAFTOVI 19
BREO ELLIPTA 77
breyna 77
briellyn 72
brimonidine 76
brimonidine-timolol 76
brivaracetam 31
bromocriptine 35
BRUKINSA 19
budesonide 63, 77
bumetanide 47
buprenorphine hcl 37
buprenorphine-naloxone 39
bupropion hcl 40
bupropion hcl (smoking deter) 57
buspirone 40
busulfan 19
butorphanol 39
BYSANTI 40
BYSANTI TITRATION PACK A 41
BYSANTI TITRATION PACK B 41
BYSANTI TITRATION PACK C 41

C

CABENUVA 9
cabergoline 61
CABOMETYX 19
calcipotriene 51
calcitonin (salmon) 61
calcitriol 61, 62
calcium acetate(phosphat bind) 80
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 19
CAMCEVI (6 MONTH) 19
camila 71
camrese 72
camrese lo 72
CAMZYOS 51
candesartan 47
candesartan-hydrochlorothiazid 47
CAPLYTA 41
CAPRELSA 19
captopril 47
carbamazepine 31, 32
CARBAMAZEPINE 32
carbidopa 35
carbidopa-levodopa 35
CARBIDOPA-LEVODOPA 35
carboplatin 19
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 59
carglumic acid 55
carmustine 19
carteolol 75
cartia xt 47
carvedilol 47
caspofungin 9
CAVHANZA 20
CAYSTON 14
cefaclor 12
cefadroxil 12
cefazolin 13
CEFAZOLIN 13
cefazolin in dextrose (iso-os) 12
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 13
cefdinir 13
cefepime 13
CEFEPIME 13
CEFEPIME IN DEXTROSE 5 % 13
cefepime in dextrose,iso-osm 13
cefixime 13
cefotetan 13
cefoxitin 13
cefoxitin in dextrose, iso-osm 13
cefpodoxime 13
cefprozil 13
ceftaroline fosamil 13
ceftazidime 13
ceftriaxone 13
CEFTRIAXONE 13
ceftriaxone in dextrose,iso-os 13
cefuroxime axetil 13
cefuroxime sodium 13
celecoxib 39
cephalexin 13

CEREZYME....62
cetirizine....76
charlotte 24 fe....72
chateal eq (28)....72
CHEMET....55
chlorhexidine gluconate....57
chloroquine phosphate....14
chlorothiazide sodium....47
chlorpromazine....41
chlorthalidone....47
cholestyramine (with sugar)....50
cholestyramine light....50
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN....62
ciclodan....54
ciclopirox....54
cilostazol....49
CIMDUO....9
cinacalcet....62
ciprofloxacin....17
ciprofloxacin hcl....17, 75
ciprofloxacin in 5 % dextrose....17
ciprofloxacin-dexamethasone....58
cisplatin....20
citalopram....41
cladribine....20
claravis....53
clarithromycin....13
CLENPIQ....63
clindamycin hcl....14
CLINDAMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR....14
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE....14
clindamycin palmitate hcl....14
clindamycin pediatric....14
clindamycin phosphate....14, 53, 72
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE....81
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE....81
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE....55
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)....81
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)....81
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)....81
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)....81
CLINISOL SF 15 %....81
clobazam....32
clofarabine....20
clomipramine....41
clonazepam....32
clonidine....47
clonidine hcl....47
clopidogrel....49
clorazepate dipotassium....41
clotrimazole....9, 54
clotrimazole-betamethasone....54
clozapine....41
c-nate dha....82
COARTEM....14
COBENFY....41
COBENFY STARTER PACK....41
colchicine....70
colestipol....50
colistin (colistimethate na)....14
COLUMVI....20
COMBIVENT RESPIMAT....77
COMETRIQ....20
complete natal dha....82
compro....63
CONEXXENCE....70
constulose....63
COPIKTRA....20
CORTIFOAM....63
cortisone....58
COSENTYX....51, 52
COSENTYX (2 SYRINGES)....51
COSENTYX PEN....52
COSENTYX PEN (2 PENS)....52
COSENTYX UNOREADY PEN....52
COTELLIC....20
CREON....63
CRESEMBA....9
cromolyn....63, 75, 77
cryselle (28)....72
CURITY ALCOHOL SWABS....59
CURITY GAUZE....68
CUVRIOR....56
cyclobenzaprine....37
cyclophosphamide....20
CYCLOPHOSPHAMIDE....20
cycloserine....14
cyclosporine....20, 75
cyclosporine modified....20
CYRAMZA....20
cyred eq....72
CYSTAGON....80
CYSTARAN....75
cytarabine....20
cytarabine (pf)....20

D

d10 %-0.45 % sodium chloride....56
d2.5 %-0.45 % sodium chloride....56
D5 % (D-GLUCOSE)-0.9 % SODCHLR....56
d5 % and 0.9 % sodium chloride....56
d5 %-0.45 % sodium chloride....56
dacarbazine....20
dactinomycin....20
dalfampridine....36
danazol....62
dantrolene....37
DANYELZA....20
DANZITEN....20
dapagliflozin....59
dapagliflozin-metformin....59
dapsone....14
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)....67
daptomycin....14
DAPTOMYCIN....14
DAPTOMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR....14
darunavir....9
DARZALEX....20
DARZALEX FASPRO....20
dasatinib....20
dasetta 1/35 (28)....72
dasetta 7/7/7 (28)....72
DATROWAY....20
daunorubicin....20
DAURISMO....20
daysee....72

deblitane 71
decitabine 20
DECNUPAZ 20
deferasirox 56
DELSTRIGO 9
DENGVAXIA (PF) 67
DEPO-MEDROL 58
DEPO-SUBQ PROVERA 104 71
DESCOVY 10
desipramine 41
desloratadine 76
desmopressin 62
desog-e.estradiol/e.estradiol 72
desoximetasone 55
desvenlafaxine succinate 41
dexamethasone 58
dexamethasone intensol 58
dexamethasone sodium phos (pf) 58
dexamethasone sodium phosphate 58, 76
dexmethylphenidate 41
dextroamphetamine sulfate 41
dextroamphetamine-amphetamine 41, 42
dextromethorphan-quinidine 36
dextrose 10 % and 0.2 % nacl 56
dextrose 10 % in water (d10w) 56
dextrose 25 % in water (d25w) 56
dextrose 5 % in water (d5w) 56
DEXTROSE 5 % IN WATER (D5W) 56
dextrose 5 %-lactated ringers 56
dextrose 5%-0.2 % sod chloride 56
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride 56
dextrose 50 % in water (d50w) 56
DEXTROSE 50 % IN WATER (D50W) 56
dextrose 70 % in water (d70w) 56
DIACOMIT 32
diazepam 32, 42
diazepam intensol 42
diazoxide 59
diclofenac potassium 39
diclofenac sodium 39, 76
dicloxacillin 16
dicyclomine 63
diflunisal 39
difluprednate 76
digoxin 51
dihydroergotamine 35
DILANTIN 32
diltiazem hcl 47
dilt-xr 47
dimethyl fumarate 36
diphenhydramine hcl 77
diphenoxylate-atropine 63
dipyridamole 49
disulfiram 56
divalproex 32
docetaxel 21
DOCIVYX 21
dofetilide 46
dolishale 72
donepezil 36
DOPTELET (10 TAB PACK) 49
DOPTELET (15 TAB PACK) 49
DOPTELET (30 TAB PACK) 49
DOPTELET SPRINKLE 49
dorzolamide 76
dorzolamide-timolol 76
dotti 71
DOVATO 10
doxazosin 47
doxepin 42
doxercalciferol 62
doxorubicin 21
doxorubicin, peg-liposomal 21
doxy-100 17
doxycycline hyclate 17
doxycycline monohydrate 17
DRIZALMA SPRINKLE 42
dronabinol 64
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 68
DROPLET PEN NEEDLE 68
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 59
DROPSAFE PEN NEEDLE 68
drospirenone-e.estradiol-lm.fa 73
drospirenone-ethinyl estradiol 73
DROXIA 21
droxidopa 56
DUAVEE 71
duloxetine 42
DUPIXENT PEN 52
DUPIXENT SYRINGE 52
dutasteride 80

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD 59
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 68
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 59
econazole nitrate 54
EDARAVONE 36
EDURANT PED 10
efavirenz 10
efavirenz-emtricitabin-tenofov 10
efavirenz-lamivu-tenofov disop 10
ELAHERE 21
ELAPRASE 62
electrolyte-48 in d5w 81
elinest 73
ELIQUIS 49
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 49
ELIQUIS SPRINKLE 49
elite-ob 82
ELMIRON 80
ELREXFIO 21
eltrombopag olamine 49, 50
ELZONRIS 21
EMPLICITI 21
EMRELIS 21
EMSAM 42
emtricitabine 10
emtricitabine-tenofovir (tdf) 10
emtricita-rilpivirine-tenof df 10
EMTRIVA 10

EMVERM 14
emzahh 71
enalapril maleate 47
enalapril-hydrochlorothiazide 47
ENBREL 70
ENBREL MINI 70
ENBREL SURECLICK 70
endocet 37
ENGERIX-B (PF) 67
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 67
ENHERTU 21
enoxaparin 50
ENSACOVE 21
enskyce 73
entacapone 35
entecavir 10
ENTRESTO SPRINKLE 51
ENTYVIO PEN 64
enulose 64
ENVARSUS XR 21
EPCLUSA 10
EPIDIOLEX 32
epinephrine 77
EPINEPHRINE 77
EPKINLY 21
ERBITUX 21
ergotamine-caffeine 35
eribulin 21
ERIVEDGE 21
ERLEADA 21
erlotinib 21
errin 71
ertapenem 14
ery pads 53
erythromycin 14, 75
erythromycin ethylsuccinate 14
erythromycin lactobionate 14
erythromycin with ethanol 53
erythromycin-benzoyl peroxide 53
escitalopram oxalate 42
eslicarbazepine 32
estarylla 73
estradiol 71
estradiol valerate 71
ethacrynate sodium 47
ethambutol 14
ethosuximide 32
etonogestrel-ethinyl estradiol 72
ETOPOPHOS 21
etoposide 21
etravirine 10
EUCRISA 52
EULEXIN 21
EVDI 21
everolimus (antineoplastic) 21
everolimus (immunosuppressive) 22
EVOMELA 22
EVOTAZ 10
exemestane 22
EXXUA 42
EYLEA 75
ezetimibe 50
ezetimibe-simvastatin 50

F

FABRAZYME 62
falmina (28) 73
famciclovir 10
famotidine 65
FANAPT 42
FANAPT TITRATION PACK A 42
FANAPT TITRATION PACK B 42
FANAPT TITRATION PACK C 42
FARXIGA 59
FASENRA 78
FASENRA PEN 77
febuxostat 70
feirza 73
felbamate 32
felodipine 47
fenofibrate 50
fenofibrate micronized 50
fenofibrate nanocrystallized 50
fenofibric acid (choline) 50
fentanyl 37
FETZIMA 42
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 59
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 59
FIASP PUMPCART 59
FIASP U-100 INSULIN 60
fidaxomicin 14
FILSPARI 51
finasteride 80
FINTEPLA 32
finzala 73
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 22
flac otic oil 58
flecainide 46
floxuridine 22
fluconazole 9
fluconazole in nacl (iso-osm) 9
flucytosine 9
fludarabine 22
fludrocortisone 58
flunisolide 78
fluocinolone 55
fluocinolone acetonide oil 58
fluocinolone and shower cap 55
fluocinonide 55
fluoride (sodium) 58, 82
fluorometholone 76
fluorouracil 22, 53
fluoxetine 42, 43
fluphenazine decanoate 43
fluphenazine hcl 43
flurbiprofen 39
flurbiprofen sodium 76
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 78
fluticasone propionate 55
FLUTICASONE PROPIONATE 78
fluvastatin 50
fluvoxamine 43
folivane-ob 82
FOLOTYN 22
fomepizole 67
fondaparinux 50
fosamprenavir 10
fosfomycin tromethamine 17
fosinopril 47
fosinopril-hydrochlorothiazide 47
fosphenytoin 32
FOTIVDA 22
FRUZAQLA 22
fulvestrant 22

furosemide 47, 48
FYARRO 22
G
gabapentin 32
galantamine 36
galbriela 73
gallifrey 71
GARDASIL 9 (PF) 67
GAUZE PAD 68
gavilyte-c 64
GAVRETO 22
GAZYVA 22
gefitinib 22
gemcitabine 22
GEMCITABINE 22
gemfibrozil 50
gemmily 73
generlac 64
gengraf 22
GENOTROPIN 66
GENOTROPIN MINIQUICK 66
gentamicin 14, 54, 75
gentamicin in nacl (iso-osm) 14
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM) 14
gentamicin sulfate (ped) (pf) 14
GENVOYA 10
GILOTRIF 22
glatiramer 36
glatopa 36
glimepiride 60
glipizide 60
GLIPIZIDE 60
glipizide-metformin 60
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT 60
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN) 60
glutamine (sickle cell) 56
glycopyrrolate 63
glycopyrrolate (pf) 63
GLYCOPYRROLATE (PF) 63
glycopyrrolate (pf) in water 63
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER 63
glydo 53
GOMEKLI 22
GRAFAPEX 22
granisetron hcl 64
griseofulvin microsize 9
griseofulvin ultramicrosize 9
guanfacine 43
GVOKE 60
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 60
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 60
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 60
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 60
H
HADLIMA 70
HADLIMA PUSHTOUCH 70
HADLIMA(CF) 70
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 70
HAEGARDA 78
hailey 73
hailey 24 fe 73
hailey fe 1.5/30 (28) 73
hailey fe 1/20 (28) 73
halobetasol propionate 55
haloperidol 43
haloperidol decanoate 43
haloperidol lactate 43
HARVONI 10
HAVRIX (PF) 67
heather 71
heparin (porcine) 50
heparin (porcine) in 5 % dex 50
heparin (porcine) in nacl (pf) 50
HEPARIN (PORCINE) IN NACL (PF) 50
HEPARIN, PORCINE (PF) 50
heparin(porcine) in 0.45% nacl 50
HEPLISAV-B (PF) 67
HERNEXEOS 22
HIBERIX (PF) 67
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 60
hydralazine 48
hydrochlorothiazide 48
hydrocodone-acetaminophen 37
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 37
hydrocodone-ibuprofen 38
hydrocortisone 55, 58, 64
hydrocortisone sod succinate 58
hydrocortisone-acetic acid 58
hydromorphone 38
hydroxychloroquine 14
hydroxyurea 23
hydroxyzine hcl 77
hydroxyzine pamoate 77
HYRNUO 23
I
ibandronate 70
IBRANCE 23
IBTROZI 23
ibu 39
ibuprofen 39
icatibant 78
iclevia 73
ICLUSIG 23
icosapent ethyl 50
idarubicin 23
IDHIFA 23
IDVYNSO 10
ifosfamide 23
imatinib 23
IMBRUVICA 23
IMDELLTRA 23
IMFINZI 23
imipenem-cilastatin 14
imipramine hcl 43
imiquimod 53
IMJUDO 23
IMKELDI 23
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 67
IMPAVIDO 14
INBRIJA 35
incassia 71
INCONTROL PEN NEEDLE 68
INCRELEX 56
INCRUSE ELLIPTA 78
indapamide 48
INFANRIX (DTAP) (PF) 67
INFUMORPH P/F 38
INLEXZO 23

INLURIYO....23
INLYTA....23
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE....68
INPEN (FOR HUMALOG) GREY....68
INPEN (FOR HUMALOG) PINK....68
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE....68
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY....69
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK....69
INQOVI....23
INREBIC....23
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....69
INTELENCE....10
intralipid....81
INTRALIPID....81
introvale....73
INVEGA HAFYERA....43
INVEGA SUSTENNA....43
INVEGA TRINZA....43
IPOL....67
ipratropium bromide....58, 78
ipratropium-albuterol....78
IQIRVO....64
irbesartan....48
irbesartan-hydrochlorothiazide....48
irinotecan....23
ISENTRESS....10, 11
ISENTRESS HD....10
isibloom....73
isoniazid....14, 15
isosorbide dinitrate....51
isosorbide mononitrate....51
isosorbide-hydralazine....48
isotretinoin....53
ITOVEBI....23
itraconazole....9
ivabradine....51
ivermectin....15
IWILFIN....23
IXEMPRA....23
IXIARO (PF)....67

J

jaimiess....73
JAKAFI....23
JAKAFI XR....23
jantoven....50
JARDIANCE....60
JASCAYD....78
jasmiel (28)....73
JAYPIRCA....24
JEMPERLI....24
jencycla....71
JEVTANA....24
JIDEYTRO....24
jolessa....73
joyeaux....73
juleber....73
JULUCA....11
junel 1.5/30 (21)....73
junel 1/20 (21)....73
junel fe 1.5/30 (28)....73
junel fe 1/20 (28)....73
junel fe 24....73
JYLAMVO....24
JYNNEOS (PF)....67

K

KABIVEN....81
KADCYLA....24
kaitlib fe....73
KALETRA....11
kalliga....73
KANJINTI....24
kariva (28)....73
kelnor 1/35 (28)....73
KERENDIA....48
KESIMPTA PEN....36
ketoconazole....9, 54
ketorolac....76
KEVZARA....70, 71
KEYTRUDA....24
KEYTRUDA QLEX....24
KIMMTRAK....24
KINRIX (PF)....67
kionex....56
KISQALI....24
klayesta....54
KLISYRI (250 MG)....24
KLISYRI (350 MG)....24
klor-con....80
klor-con 10....80
klor-con 8....80
klor-con m10....80
klor-con m20....80
KLOXXADO....39
KOMZIFTI....24
KOSELUGO....24
K-PHOS ORIGINAL....80
KRAZATI....24
kurvelo (28)....73
KYPROLIS....24

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad....73
labetalol....48
lacosamide....32, 33
LACOSAMIDE....32
lactated ringers....55, 80
lactulose....64
lamivudine....11
lamivudine-zidovudine....11
lamotrigine....33
LANOXIN PEDIATRIC....51
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN....60
LANTUS U-100 INSULIN....60
lapatinib....24
larin 1.5/30 (21)....73
larin 1/20 (21)....73
larin 24 fe....73
larin fe 1.5/30 (28)....73
larin fe 1/20 (28)....73
latanoprost....76
LAZCLUZE....24
leflunomide....71
lenalidomide....24
LENVIMA....24
LEQEMBI IQLIK....36
lessina....73
letrozole....24
leucovorin calcium....18
LEUKERAN....25
LEUKINE....66
leuprolide....25
levetiracetam....33
LEVETIRACETAM....33
levetiracetam in nacl (iso-os)....33
levobunolol....75
levocarnitine....56
levocarnitine (with sugar)....56
levocetirizine....77
levofloxacin....17
levofloxacin in d5w....17

levonest (28) 73
levonorgest-eth.estradiol-iron 73
levonorgestrel-ethinyl estrad 73
levonorg-eth estrad triphasic 73
levothyroxine 63
levoxyl 63
LIBTAYO 25
lidocaine 53
lidocaine (pf) 46, 53
lidocaine hcl 53
lidocaine-prilocaine 53
LIFYORLI 25
LILETTA 72
lincomycin 15
linezolid 15
linezolid in dextrose 5% 15
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE 15
LINZESS 64
liomny 63
liothyronine 63
lisdexamfetamine 43
lisinopril 48
lisinopril-hydrochlorothiazide 48
lithium carbonate 43
lithium citrate 43
LIVTENCITY 11
lojaimiess 73
LOKELMA 56
lomustine 25
LONSURF 25
loperamide 63
lopinavir-ritonavir 11
LOQTORZI 25
lorazepam 44
lorazepam intensol 44
LORBRENA 25
loryna (28) 73
losartan 48
losartan-hydrochlorothiazide 48
loteprednol etabonate 76
lovastatin 50, 51
loxapine succinate 44
lo-zumandimine (28) 73
lubiprostone 64
ludent fluoride 82
luizza 73
LUMAKRAS 25
LUMIZYME 62
LUNSUMIO 25
LUNSUMIO VELO 25
LUPRON DEPOT 25
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 25
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 25
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 25
lurasidone 44
lutera (28) 73
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 25
LYBALVI 44
LYNOZYFIC 25
LYNPARZA 25
LYSODREN 25
LYTGOBI 25
lyza 71

M

magnesium sulfate 80
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 80
magnesium sulfate in water 80
MAGNESIUM SULFATE IN WATER 80
malathion 55
maraviroc 11
MARGENZA 25
marlissa (28) 74
MARPLAN 44
MATULANE 26
matzim la 48
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 69
meclizine 64
medroxyprogesterone 71, 72
mefloquine 15
megestrol 26
MEKINIST 26
MEKTOVI 26
meleya 72
meloxicam 39
melphalan hcl 26
memantine 36
MEMANTINE 36
memantine-donepezil 36
MENQUADFI (PF) 67
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 67
mercaptopurine 26
meropenem 15
MEROPENEM 15
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE 15
mesalamine 64
mesalamine with cleansing wipe 64
mesna 18
metformin 60
methadone 38
methadone intensol 38
methazolamide 76
methenamine hippurate 18
methimazole 59
methocarbamol 37
methotrexate sodium 26
methotrexate sodium (pf) 26
methoxsalen 53
methsuximide 33
methylphenidate hcl 44
methylprednisolone 58
methylprednisolone acetate 58
methylprednisolone sodium succ 58
metoclopramide hcl 64
metolazone 48
metoprolol succinate 48
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 48
metoprolol tartrate 48
metro i.v. 15
metronidazole 15, 53, 72
metronidazole in nacl (iso-os) 15
metyrosine 48
mexiletine 46
micafungin 9
microgestin 1.5/30 (21) 74
microgestin 1/20 (21) 74
microgestin fe 1.5/30 (28) 74
microgestin fe 1/20 (28) 74
midodrine 56
mifepristone 62
mili 74
minocycline 17

minoxidil....48
minzoya....74
mirtazapine....44
misoprostol....65
mitomycin....26
M-M-R II (PF)....67
m-natal plus....82
modafinil....44
MODEYSO....26
moexipril....48
molindone....44
mometasone....55
MONJUVI....26
mono-linyah....74
montelukast....78
morphine....38
MORPHINE....38
morphine (pf)....38
morphine concentrate....38
MOUNJARO....60
MOVANTIK....64
moxifloxacin....17, 75
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER....17
moxifloxacin-sod.chloride(iso)....17
MRESVIA (PF)....67
mupirocin....54
mupirocin calcium....54
MVASI....26
mycophenolate mofetil....26
mycophenolate mofetil (hcl)....26
mycophenolate sodium....26
MYLOTARG....26
MYRBETRIQ....79

N

nabumetone....39
nafcillin....16
nafcillin in dextrose iso-osm....16
NAGLAZYME....62
naloxone....39
naltrexone....39
NANO PEN NEEDLE....69
naproxen....39
naproxen sodium....39
naratriptan....35
NATACYN....75
nateglinide....60, 61
NAYZILAM....33
necon 0.5/35 (28)....74
nefazodone....44
NELARABINE....26
neomycin....15
neomycin-bacitracin-poly-hc....76
neomycin-bacitracin-polymyxin....75
neomycin-polymyxin b gu....55
neomycin-polymyxin b-dexameth....76
neomycin-polymyxin-gramicidin....75
neomycin-polymyxin-hc....58, 76
NERLYNX....26
nevirapine....11
NEXLETOL....51
NEXPLANON....72
niacin....51
nicardipine....48
NICOTROL NS....57
nifedipine....48
nikki (28)....74
nilotinib hcl....26
nilutamide....26
nimodipine....48
NINLARO....26
nintedanib....78
NIPENT....26
nitazoxanide....15
nitisinone....56
nitrofurantoin macrocrystal....18
nitrofurantoin monohyd/m-cryst....18
nitroglycerin....51, 64
NIVESTYM....66
nora-be....72
norethindrone (contraceptive)....72
norethindrone acetate....72
norethindrone ac-eth estradiol....74
norethindrone-e.estradiol-iron....74
norgestimate-ethinyl estradiol....74
nortrel 0.5/35 (28)....74
nortrel 1/35 (21)....74
nortrel 1/35 (28)....74
nortrel 7/7/7 (28)....74
nortriptyline....44
NORVIR....11
NOVOFINE 32....69
NOVOFINE PLUS....69
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN....61
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100....61
NOVOLIN N FLEXPEN....61
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN....61
NOVOLIN R FLEXPEN....61
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN....61
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN....61
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN....61
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100....61
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN....61
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART....61
NOVOPEN ECHO....69
NUBEQA....26
NUCALA....78
NUEDEXTA....36
NULOJIX....26
NUPLAZID....44
NURTEC ODT....35
nyamyc....54
nylia 1/35 (28)....74
nylia 7/7/7 (28)....74
nystatin....9, 54
nystatin-triamcinolone....54
nystop....54
NYVEPRIA....66

O

ocella....74
OCTAGAM....67
octreotide acetate....26
ODEFSEY....11
ODOMZO....27
OFEV....78
ofloxacin....58, 75
OGIVRI....27
OGSIVEO....27
OJEMDA....27
OJJAARA....27
olanzapine....44

olmesartan....48
olmesartan-hydrochlorothiazide....48
omeprazole....65
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS)....69
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)....69
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)....69
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS)....69
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)....69
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....69
ONCASPAR....27
ondansetron....64
ondansetron hcl....64
ondansetron hcl (pf)....64
ONGENTYS....35
ONIVYDE....27
ONUREG....27
OPDIVO....27
OPDIVO QVANTIG....27
OPDUALAG....27
OPIPZA....44
oralone....58
ORENITRAM....48
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT....48
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT....48
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT....48
ORGOVYX....27
ORKAMBI....78
orquidea....72
ORSERDU....27
oseltamivir....11
OTEZLA....71
OTEZLA STARTER....71
OTEZLA XR....71
OTEZLA XR INITIATION....71
OTULFI....52
oxacillin....16
oxaliplatin....27
oxaprozin....39
oxcarbazepine....33
OXERVATE....75
oxybutynin chloride....79, 80
oxycodone....38
OXYCODONE....39
oxycodone-acetaminophen....39
OZEMPIC....61

P

pacerone....46
paclitaxel....27
paclitaxel protein-bound....27
PADCEV....27
paliperidone....44
palonosetron....64
pamidronate....62
PANRETIN....53
pantoprazole....65
paricalcitol....62
paroxetine hcl....44, 45
PAXLOVID....11
pazopanib....27
PAZOPANIB....27
PEDIARIX (PF)....67
PEDVAX HIB (PF)....67
peg 3350-electrolytes....64
PEGASYS....66
peg-electrolyte soln....64
PEMAZYRE....27
pemetrexed disodium....27
PEMETREXED DISODIUM....27
PEN NEEDLE, DIABETIC....69
PENBRAYA (PF)....67
penicillamine....71
penicillin g potassium....16
penicillin v potassium....17
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)....67
PENTACEL (PF)....67
pentamidine....15
PENTIPS PEN NEEDLE....69
pentoxifylline....50
perampanel....33
PERIKABIVEN....82
perindopril erbumine....48
periogard....58
PERJETA....27
permethrin....55
perphenazine....45
perphenazine-amitriptyline....45
pfizerpen-g....17
phenelzine....45
phenobarbital....33
phenobarbital sodium....33
phenytoin....33
phenytoin sodium....33
phenytoin sodium extended....33
PHESGO....27
philith....74
PIFELTRO....11
pilocarpine hcl....56, 75
pimecrolimus....53
pimozide....45
pimtrea (28)....74
pindolol....48
pioglitazone....61
piperacillin-tazobactam....17
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM....17
PIQRAY....27
pirfenidone....78
PIRFENIDONE....78
pitavastatin calcium....51
PLENAMINE....82
plerixafor....66
pnv-dha....82
pnv-omega....82
pnv-select....82
podofilox....53
POLIVY....27
polymyxin b sulf-trimethoprim....75
pomalidomide....27
POMALYST....27
portia 28....74
posaconazole....9
potassium chlorid-d5-0.45%nacl....80
potassium chloride....81
POTASSIUM CHLORIDE....81
potassium chloride in 0.9%nacl....80
potassium chloride in 5 % dex....80
potassium chloride in lr-d5....80
potassium chloride in water....81
potassium chloride-0.45 % nacl....81
potassium chloride-d5-0.2%nacl....81
potassium chloride-d5-0.9%nacl....81
potassium citrate....80

POTELIGEO....28
pr natal 400....82
pr natal 400 ec....82
pr natal 430....82
pr natal 430 ec....82
PRALATREXATE....28
pramipexole....35
pravastatin....51
praziquantel....15
prazosin....48
prednisolone....58
prednisolone acetate....76
prednisolone sodium phosphate....59, 76
prednisone....59
prednisone intensol....59
pregabalin....33
PREMARIN....72
premasol 10 %....82
PREMPRO....72
prenatal plus (calcium carb)....82
prenatal vitamin plus low iron....82
PREVYMIS....11
PREZCOBIX....11
PREZISTA....11
PRIFTIN....15
PRIMAQUINE....15
primidone....34
PRIMIDONE....33
PRIORIX (PF)....67
PRO COMFORT ALCOHOL PADS....61
probenecid....70
probenecid-colchicine....70
prochlorperazine....64
prochlorperazine edisylate....64
prochlorperazine maleate....64
procto-med hc....64
proctosol hc....64
proctozone-hc....64
progesterone micronized....72
PROGRAF....28
PROLASTIN-C....57
promethazine....77
propafenone....46
propranolol....48, 49
propylthiouracil....59
PROQUAD (PF)....67
PROSOL 20 %....82
protriptyline....45
PULMOZYME....78
PURE COMFORT ALCOHOL PADS....61
pyrazinamide....15
pyridostigmine bromide....37
pyrimethamine....15

Q

QINLOCK....28
QUADRACEL (PF)....67
quetiapine....45
QUETIAPINE....45
quinapril....49
quinapril-hydrochlorothiazide....49
quinidine sulfate....46
quinine sulfate....15

R

RABAVERT (PF)....67
RADICAVA....36
RALDESY....45
raloxifene....70
ramipril....49
ranolazine....51
rasagiline....35
reclipsen (28)....74
RECOMBIVAX HB (PF)....67
REMICADE....64
RENACIDIN....80
repaglinide....61
REPATHA SURECLICK....51
REPATHA SYRINGE....51
RETACRIT....66
RETEVMO....28
RETROVIR....11
REVCOVI....57
REVUFORJ....28
REXTOVY....39
REXULTI....45
REYATAZ....11
REZDIFFRA....57
REZLIDHIA....28
REZUROCK....28
ribavirin....11, 12
rifabutin....15
rifampin....15
rifapentine....15
rilpivirine hcl....12
riluzole....57
rimantadine....12
ringer's....55, 81
RINVOQ....71
RINVOQ LQ....71
risperidone....45
risperidone microspheres....45
ritonavir....12
rivaroxaban....50
rivastigmine....36
rivastigmine tartrate....36
rivelsa....74
rizatriptan....35
roflumilast....79
romidepsin....28
ROMVIMZA....28
ropinirole....35
rosuvastatin....51
rosyrah....74
ROTARIX....67
ROTATEQ VACCINE....67
roweepra....34
ROZLYTREK....28
RUBRACA....28
rufinamide....34
RUKOBIA....12
RUXIENCE....28
RYBELSUS....61
RYBREVANT....28
RYBREVANT FASPRO....28
RYDAPT....28
RYLAZE....28

S

sacubitril-valsartan....51
sajazir....79
SANCUSO....64
SANTYL....53
sapropterin....62
SARCLISA....28
SARCLISA ESCENA....28
SCEMBLIX....28
scopolamine base....64
SECUADO....45
selegiline hcl....35
selenium sulfide....52
SELZENTRY....12
SEREVENT DISKUS....79
sertraline....45
setlakin....74
sevelamer carbonate....57
sharobel....72

SHINGRIX (PF) 67
SIGNIFOR 28
sildenafil (pulm.hypertension) 79
silver sulfadiazine 53
simliya (28) 74
simpesse 74
SIMULECT 28
simvastatin 51
sirolimus 28
SIRTURO 15
sitagliptin phos-metformin 61
sitagliptin phosphate 61
SIVEXTRO 15
SKYRIZI 52, 65
sodium bicarbonate 81
sodium chloride 81
SODIUM CHLORIDE 57, 81
sodium chloride 0.45 % 81
sodium chloride 0.9 % 57
sodium chloride 3 % hypertonic 81
sodium chloride 5 % hypertonic 81
sodium fluoride 5000 dry mouth 58
sodium fluoride 5000 plus 58
sodium fluoride-pot nitrate 58
SODIUM OXYBATE 45
sodium phenylbutyrate 57
sodium polystyrene sulfonate 57
sodium,potassium,mag sulfates 65
solifenacin 80
SOLIQUA 100/33 61
SOLTAMOX 28
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 59
SOMATULINE DEPOT 28
SOMAVERT 62
sorafenib 29
sotalol 46
sotalol af 46
SOTYLIZE 46
SPIRIVA RESPIMAT 79
spironolactone 49
spironolacton-hydrochlorothiaz 49
SPRAVATO 45
sprintec (28) 74
SPRITAM 34
sps (with sorbitol) 57
ssd 53
STAMARIL (PF) 67
STIVARGA 29
STREPTOMYCIN 15
STRIBILD 12
SUBLOCADE 39
subvenite 34
SUBVENITE 34
subvenite starter (blue) kit 34
subvenite starter (green) kit 34
subvenite starter (orange) kit 34
SUCRAID 65
sucralfate 65
SUFLAVE 65
sulfacetamide sodium 75
sulfacetamide sodium (acne) 54
sulfacetamide-prednisolone 75
sulfadiazine 17
sulfamethoxazole-trimethoprim 17
sulfasalazine 65
sulindac 39
sumatriptan 35
sumatriptan succinate 35
sunitinib malate 29
SUNLENCA 12
SUTAB 65
syeda 74
SYLVANT 29
SYMPAZAN 34
SYMTUZA 12
SYNAREL 62
SYNTHROID 63

T

TABLOID 29
TABRECTA 29
tacrolimus 29, 53
TACROLIMUS 29
tadalafil 80
TAFINLAR 29
TAGRISSO 29
TALICIA 65
TALVEY 29
TALZENNA 29
tamoxifen 29
tamsulosin 80
tarina 24 fe 74
tarina fe 1-20 eq (28) 74
taron-c dha 82
TARPEYO 59
tasimelteon 45
tazarotene 53
tazicef 13
TECENTRIQ 29
TECENTRIQ HYBREZA 29
TECHLITE INSULIN SYRINGE 69
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 69
TECHLITE PEN NEEDLE 69
TECVAYLI 29
TEFLARO 13
telmisartan 49
TEMODAR 29
temsirolimus 29
TENIVAC (PF) 67
tenofovir disoproxil fumarate 12
TEPMETKO 29
terazosin 49
terbinafine hcl 9
terbutaline 79
terconazole 72
teriflunomide 36
teriparatide 70
testosterone 62
TESTOSTERONE 62
testosterone cypionate 62
testosterone enanthate 62
tetrabenazine 36, 37
tetracycline 17
TEVIMBRA 29
THALOMID 29
theophylline 79
thioridazine 45
thiotepa 29
thiothixene 45
tiadylt er 49
tiagabine 34
TIBSOVO 29
ticagrelor 50
TICE BCG 67
TICOVAC 67
tigecycline 15
tilia fe 74

timolol maleate 49, 75
tinidazole 15
TIVDAK.....29
TIVICAY.....12
TIVICAY PD.....12
tizanidine 37
TOBI PODHALER 15
tobramycin 75
tobramycin in 0.225 % nacl 15
tobramycin sulfate 15
tobramycin-dexamethasone 76
tolterodine.....80
tolvaptan 62
tolvaptan (polycys kidney dis).....62
topiramate.....34
TOPIRAMATE 34
topotecan.....29
toremifene.....29
torsemide.....49
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....61
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 61
TRADJENTA 61
tramadol.....39
tramadol-acetaminophen.....39
trandolapril.....49
tranexamic acid 72
tranylcypromine 46
travasol 10 %.....82
TRAZIMERA.....29
trazodone.....46
TRELEGY ELLIPTA 79
TREMFYA 52
TREMFYA ONE-PRESS 52
TREMFYA PEN.....52
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....52
tretinoin.....54
tretinoin (antineoplastic) 29
triamcinolone acetonide.55, 58, 59
triamterene-hydrochlorothiazid 49
trientine.....57
tri-estarylla.....74
trifluoperazine.....46
trifluridine.....75
TRIKAFTA 79
tri-legest fe.....74
tri-linyah.....74
tri-lo-estarylla.....74
tri-lo-marzia 74
tri-lo-mili.....74
tri-lo-sprintec 74
trimethoprim 18
tri-mili.....74
trimipramine 46
trinatal rx 1 82
TRINTELLIX.....46
tri-sprintec (28).....74
TRIUMEQ.....12
TRIUMEQ PD.....12
tri-vylibra.....74
tri-vylibra lo.....74
TRODELVY.....29
TROGARZO.....12
TROPHAMINE 10 %.....82
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 61
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 61
TRUEPLUS INSULIN.....69
TRUEPLUS PEN NEEDLE 69
TRULICITY.....61
TRUMENBA.....68
TRUQAP 29
TUKYSA.....29
TURALIO.....29
turqoz (28).....74
TWINRIX (PF) 68
tydemy.....74
TYENNE.....71
TYENNE AUTOINJECTOR.....71
TYPHIM VI 68
TYVASO.....79
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT 79
TYVASO REFILL KIT.....79
TYVASO STARTER KIT 79
TZIELD.....57

U

ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 69
ULTRA-FINE PEN NEEDLE.....69
UNIFINE PENTIPS 70
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 70
UNIFINE PENTIPS PLUS.....70
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 70
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 70
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 70
unithroid 63
UNITUXIN..... 30
ursodiol 65

V

valacyclovir 12
VALCHLOR 53
valganciclovir 12
valproate sodium 34
valproic acid..... 34
valproic acid (as sodium salt) 34
valrubicin..... 30
valsartan 49
valsartan-hydrochlorothiazide..... 49
VALTOCO..... 34
valtya 74
vancomycin..... 16
VANCOMYCIN 16
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL 15
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 %..... 15
VANCOMYCIN-DILUENT COMBO NO.1..... 16
VANFLYTA 30
VAQTA (PF)..... 68
varenicline tartrate 57
VARENICLINE TARTRATE..... 57
VARIVAX (PF) 68
VAXCHORA VACCINE..... 68
VECTIBIX 30
VEKLURY 12
velivet triphasic regimen (28) 74
VEMLIDY..... 12
VENCLEXTA 30
VENCLEXTA STARTING PACK..... 30
venlafaxine..... 46
VENTOLIN HFA..... 79
VEPPANU..... 30
verapamil 49
VERIFINE PLUS PEN

NEEDLE-SHARP....70
VERQUVO....51
VERSACLOZ....46
VERZENIO....30
vestura (28)....74
vienva....74
vigabatrin....34
vigadrone....34
VIGAFYDE....34
vilazodone....46
VIMKUNYA (PF)....68
vinblastine....30
vincristine....30
vinorelbine....30
viorele (28)....74
VIRACEPT....12
VIREAD....12
VITRAKVI....30
VIVITROL....39
VIVOTIF....68
volnea (28)....74
VONJO....30
VOQUEZNA DUAL PAK....66
VOQUEZNA TRIPLE PAK....66
VORANIGO....30
voriconazole....9
voriconazole-hpbcd....9
VOSEVI....12
VOWST....65
VRAYLAR....46
vyfemla (28)....75
vylibra....75
VYLOY....30
VYNDAMAX....51
VYVGART HYTRULO....37
VYXEOS....30
W
warfarin....50
water for irrigation, sterile....57
WEGOVY....57
WELIREG....30
wera (28)....75
wescap-pn dha....82
wesnate dha....82
westab plus....82
westgel dha....82
WINREVAIR....79
wymzya fe....75
X
XALKORI....30
xarah fe....75
XATMEP....30
XCOPRI....34
XCOPRI MAINTENANCE PACK....34
XCOPRI TITRATION PACK....34
XDEMVY....76
xelria fe....75
XEMBIFY....68
XERMELO....30
XIAFLEX....57
XIFAXAN....16
XOFLUZA....12
XOLAIR....79
XOSPATA....30
XPOVIO....31
XTANDI....31
Y
YERVOY....31
YF-VAX (PF)....68
YONDELIS....31
yulithira....31
yuvafem....72
Z
zafemy....72
zafirlukast....79
ZALTRAP....31
ZEJULA....31
ZELBORAF....31
ZENBEXUS....31
ZENPEP....65
ZEPOSIA....37
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)....37
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)....37
ZEPZELCA....31
zidovudine....12
ZIIHERA....31
ziprasidone hcl....46
ziprasidone mesylate....46
ZIRABEV....31
ZIRGAN....75
zoledronic acid....63
zoledronic acid-mannitol-water....57
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL....63
ZOLINZA....31
zolpidem....46
ZONISADE....34
zonisamide....34
zovia 1-35 (28)....75
ZTALMY....35
ZTLIDO....53
zumandimine (28)....75
ZURZUVAE....46
ZYDELIG....31
ZYKADIA....31
ZYMFENTRA....65
ZYNLONTA....31
ZYNYZ....31

HealthSpring℠

Aviso sobre disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma, y servicios o herramientas especiales

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，我们可以为您免费提供语言协助服务。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، فستتوفر 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 fòma 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。

Los productos y servicios de HealthSpring se ofrecen de manera exclusiva, ya sea directamente por las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o por medio de estas.
© 2026 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.

NOTAS

NOTAS

1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben 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 del 1 de abril al 30 de septiembre.

www.HealthSpring.com

HealthSpring℠

Express Scripts es una marca registrada de Express Scripts Strategic Development, Inc. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Express Scripts Pharmacy no dispensa recetas para suministros inferiores a 35 días de la mayoría de los medicamentos. Se pueden aplicar excepciones según el tipo de medicamento o la ley estatal. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Esta lista de medicamentos se actualizó el 09/22/2026. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de HealthSpring al **1-800-222-6700** (los usuarios de TTY deben 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 del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite **www.HealthSpring.com.** Los productos y servicios de HealthSpring se ofrecen de manera exclusiva, ya sea directamente por las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o por medio de estas. © 2026 Health Care Service Corporation. Todos los Derechos Reservados.