Cobertura para Medicamentos con Receta de Medicare

Lista de medicamentos de HealthSpring[SM] 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 Extra Rx (PDP)

HealthSpring[SM]

Presentación del archivo de la lista de medicamentos aprobada por HPMS 00027062

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 médica 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 Extra Rx (PDP).

Este documento incluye una lista de medicamentos de nuestra cobertura, 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 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 problema médico 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, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la página 86. 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. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su problema médico, 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 minorista o 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 ofrecer apoyo financiero 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 especialidad.

  Si se aprueba la excepción, el monto que deberá pagar por el medicamento será menor. Esto se aplica a las siguientes circunstancias:

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 **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**.

- 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 explicarle 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 en la lista de medicamentos o tiene una restricción?

Como asegurado nuevo o existente de 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 estado 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 desde 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 de HealthSpring. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos con cobertura que comienza en la página 86.

En la primera columna 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.

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 utilizando estas farmacias. 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 puede visitar **HealthSpring.com/Resources** para obtener el Directorio de farmacias más actualizado.

También tiene acceso al 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 para cada nivel varían según la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer los montos de gastos compartidos específicos de nuestra cobertura. Para acceder a su EOC, visite **HealthSpring.com/Resources**.

HealthSpring no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de Medicamentos genéricos preferenciales 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 incluida en nuestra cobertura y $0 por la mayoría de las vacunas con cobertura para adultos.

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 **32**

CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN Y LÍPIDOS **48**

DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO **53**

AGENTES DE DIAGNÓSTICO Y AGENTES DIVERSOS **58**

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA **60**

ENDOCRINO/ DIABETES **60**

GASTROENTEROLOGÍA **65**

INMUNOLOGÍA, VACUNAS Y BIOTECNOLOGÍA **68**

SUMINISTROS DIVERSOS **70**

MUSCULOESQUELÉTICO/ REUMATOLOGÍA **72**

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA **74**

OFTALMOLOGÍA **77**

PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y ALERGIAS **79**

MEDICAMENTOS UROLÓGICOS **82**

VITAMINAS, HEMATÍNICOS Y ELECTROLITOS **82**

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 la cobertura de la Parte B o la Parte D de Medicare según las circunstancias.

EX: Medicamento excluido. Este medicamento con receta normalmente no está incluido en una cobertura de medicamentos con recet de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta para este medicamento no se considera en el costo total de los medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para una cobertura catastrófica).

Además, si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá Ayuda Adicional para pagar este medicamento.

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	2	
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	3	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	3	
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	2	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	3	QL (180/30)
zidovudine oral syrup	3	QL (1680/28)
zidovudine oral tablet	3	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
cefaclor oral capsule	3	
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	3	
cefaclor oral tablet extended release 12 hr	4	
cefadroxil oral capsule	2	
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 oral capsule	4	
cefdinir oral suspension for reconstitution	3	
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 oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	3	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml	4	
cefpodoxime oral tablet	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	

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
TEFLARO	5	NDS
ERITROMICINAS Y OTROS MACRÓLIDOS		
azithromycin intravenous	4	
azithromycin oral suspension for reconstitution	3	
azithromycin oral tablet	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution	4	
clarithromycin oral tablet	3	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr	4	
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	
clindcin 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	
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	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
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	
isoniazid oral tablet	1	
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 intravenous	4	
rifampin oral	3	
rifapentine	4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; NDS
SIRTURO ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA

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
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	
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	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	2	
amoxicillin oral tablet	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	1	
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	

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
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	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	5	NDS
BICILLIN L-A	4	
dicloxacillin	3	
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	4	
nafcillin injection	4	
oxacillin	4	
penicillin g potassium	4	
penicillin v potassium oral recon soln	2	
penicillin v potassium oral tablet	1	
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	3	
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER	4	
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	4	
SULFAMIDA Y AGENTES RELACIONADOS		
sulfadiazine	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
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	2	
TETRACICLINAS		
doxy-100	4	
doxycycline hyclate intravenous	4	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	3	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	3	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	3	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution	4	
doxycycline monohydrate oral tablet	3	
minocycline oral capsule	3	
NUZYRA	5	NDS
tetracycline oral capsule	4	
AGENTES DEL TRACTO URINARIO		
fosfomycin tromethamine	4	
methenamine hippurate	3	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	4	
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	4	
leucovorin calcium oral tablet 25 mg, 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

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
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
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	2	
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

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
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
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

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
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
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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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
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

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
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	
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

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
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
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)	3	PA
megestrol oral tablet	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) injection recon soln	4	B/D PA
methotrexate sodium (pf) injection solution	3	B/D PA
methotrexate sodium injection	3	B/D PA
methotrexate sodium oral	2	
mitomycin intravenous	5	B/D PA; NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	3	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
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

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
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
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

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
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
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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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
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

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	
carbamazepine oral tablet	3	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg	3	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 200 mg, 400 mg	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	4	QL (120/30)
clonazepam oral tablet,disintegrating 1 mg	3	QL (120/30)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	3	QL (300/30)

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
DIACOMIT ORAL CAPSULE	5	LA; NDS
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	LA; NDS
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	LA
diazepam rectal	4	
DILANTIN	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle	3	
divalproex oral tablet extended release 24 hr	3	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec)	2	
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 oral capsule	3	
ethosuximide oral solution	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	3	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)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	4	QL (60/30)
lacosamide oral tablet 50 mg	4	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	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	3	PA; QL (120/30)
phenobarbital sodium injection solution	3	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	2	
phenytoin oral tablet,chewable	3	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	3	
phenytoin sodium intravenous solution	3	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	3	QL (120/30)
pregabalin oral capsule 200 mg	3	QL (90/30)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	3	QL (60/30)
pregabalin oral solution	3	QL (900/30)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	
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	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1100/30)
ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine injection	4	
benztropine oral	3	
bromocriptine	4	
carbidopa	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE	4	
carbidopa-levodopa oral tablet	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release	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
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg	4	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg	3	
carbidopa-levodopa-entacapone	4	
entacapone	4	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	5	PA; QL (300/30); NDS
ONGENTYS	3	
pramipexole oral tablet	3	
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	3	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
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)

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
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	1	QL (60/30)
donepezil oral tablet 5 mg	1	QL (30/30)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	1	QL (60/30)
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	1	QL (30/30)
EDARAVONE	4	PA
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr	3	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
LEQEMBI IQLIK	5	PA; NDS
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr	4	PA
memantine oral solution	3	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
OCREVUS	5	PA; NDS
RADICAVA	4	PA
rivastigmine	4	
rivastigmine tartrate	4	QL (60/30)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	4	PA; QL (240/30)
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	

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
baclofen oral tablet 15 mg	3	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	4	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
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	3	QL (50/30); NDS
hydromorphone oral liquid	4	QL (2400/30); NDS
hydromorphone oral tablet	3	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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
methadone oral concentrate	4	QL (90/30); NDS
methadone oral solution 10 mg/5 ml	3	QL (600/30); NDS
methadone oral solution 5 mg/5 ml	3	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	3	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	3	QL (900/30); NDS
morphine oral tablet	3	QL (180/30); NDS
morphine oral tablet extended release	3	QL (120/30); NDS
oxycodone oral concentrate	4	QL (180/30); NDS
oxycodone oral solution	4	QL (1200/30); 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
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

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
SUBLOCADE	5	NDS
ANALGÉSICOS NO OPIOIDES		
buprenorphine-naloxone sublingual film	4	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet	2	
butorphanol nasal	4	QL (10/28); NDS
celecoxib	3	QL (60/30)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	3	
diclofenac sodium topical drops	4	PA; QL (300/28)
diflunisal	3	
etodolac oral capsule	3	
etodolac oral tablet 400 mg	4	
etodolac oral tablet 500 mg	3	
etodolac oral tablet extended release 24 hr	4	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	3	
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	3	
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	3	
naproxen-esomeprazole	4	PA; QL (60/30)
oxaprozin oral tablet	3	
REXTOVY	3	
sulindac	2	
tramadol oral tablet 50 mg	2	QL (240/30); NDS
tramadol oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg	4	NDS
tramadol oral tablet extended release 24 hr 300 mg	3	NDS

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 100 mg, 200 mg	4	NDS
tramadol oral tablet, er multiphase 24 hr 300 mg	3	NDS
tramadol-acetaminophen	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
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	2	
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	2	QL (120/30)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	2	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)

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
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
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	3	
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	3	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 150 mg, 200 mg	4	
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	3	
COBENFY	5	ST; QL (60/30); NDS
COBENFY STARTER PACK	5	ST; QL (56/180); NDS
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg	4	
desipramine oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg	3	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg	3	QL (120/30)
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg	3	QL (60/30)
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 50 mg	3	QL (90/30)
dexmethylphenidate oral tablet	3	
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release	4	
dextroamphetamine sulfate oral tablet	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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)
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	2	QL (60/30)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	2	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)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	1	QL (120/30)
fluoxetine oral capsule 20 mg, 40 mg	1	QL (90/30)
fluoxetine oral solution	3	
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, 25 mg	3	QL (90/30)
fluvoxamine oral tablet 50 mg	3	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, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
haloperidol oral tablet 20 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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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 oral capsule	1	
lithium carbonate oral tablet	1	
lithium carbonate oral tablet extended release	2	
lithium citrate	1	
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	3	
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 15 mg, 30 mg, 45 mg	2	
mirtazapine oral tablet 7.5 mg	3	
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)

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
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
oxazepam	4	QL (120/30)
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	1	QL (180/30)
paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1	QL (30/30)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	1	QL (60/30)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg	3	
perphenazine oral tablet 4 mg, 8 mg	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)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	4	QL (30/30)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	4	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)

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
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
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	2	QL (60/365)
thioridazine	3	
thiothixene	4	
tranylcypromine	4	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
trazodone oral tablet 300 mg	2	
trifluoperazine	3	
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	3	QL (90/30)
venlafaxine oral tablet 50 mg, 75 mg	3	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

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
CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN Y LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone intravenous solution	4	B/D PA
amiodarone oral tablet 100 mg	3	
amiodarone oral tablet 200 mg	2	
amiodarone oral tablet 400 mg	4	
dofetilide	4	
flecainide	3	
lidocaine (pf) intravenous	4	
mexiletine	4	
MULTAQ	4	QL (60/30)
pacerone oral tablet 100 mg	3	
pacerone oral tablet 200 mg	2	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr	4	
propafenone oral tablet	3	
quinidine sulfate oral tablet	2	
sotalol af	2	
sotalol oral	2	
SOTYLIZE	4	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
acebutolol	3	
aliskiren	4	
amiloride	2	
amiloride-hydrochlorothiazide	2	
amlodipine	1	
amlodipine-benazepril	1	
amlodipine-valsartan	1	
amlodipine-valsartan-hcthiazid	3	
atenolol	1	
atenolol-chlorthalidone	3	
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	2	
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	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
cartia xt	2	
carvedilol	1	
chlorothiazide sodium	4	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
clonidine	4	QL (4/28)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
diltiazem hcl intravenous solution	4	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr	3	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr	2	
diltiazem hcl oral tablet	2	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr	3	
dilt-xr	2	
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	
furosemide oral	1	
hydralazine injection	4	
hydralazine oral	1	
hydrochlorothiazide	1	
indapamide	1	
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	2	
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	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	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
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
metyrosine	5	PA; NDS
minoxidil oral	2	
moexipril	1	
nebivolol	4	
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	3	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr	4	
propranolol oral solution	3	
propranolol oral tablet	2	
quinapril	1	
quinapril-hydrochlorothiazide	3	
ramipril	1	
spironolactone oral tablet	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz	3	
telmisartan	1	
telmisartan-amlodipine	4	
telmisartan-hydrochlorothiazid	3	
terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (30/30)
terazosin oral capsule 10 mg	1	QL (60/30)
tiadylt er	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	3	
timolol maleate oral tablet 20 mg	2	
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)

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
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	1	
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
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	

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
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	
prasugrel hcl	3	
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	
colesevelam	4	
colestipol oral granules	4	
colestipol oral packet	4	
colestipol oral tablet	3	
ezetimibe	3	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)
lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
niacin oral tablet extended release 24 hr	3	
omega-3 acid ethyl esters	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	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.

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	2	
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	3	
isosorbide mononitrate	2	
nitroglycerin sublingual	3	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	3	
nitroglycerin translingual	4	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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 topical cream	2	
ammonium lactate topical lotion	3	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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)
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	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	3	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90/30)
lidocaine topical ointment	4	QL (50/30)
lidocaine-prilocaine topical cream	3	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	2	
ssd	2	
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	3	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical gel, once daily	3	QL (150/30)
clindamycin phosphate topical lotion	3	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical solution	3	QL (120/30)
clindamycin phosphate topical swab	4	QL (60/30)
ery pads	3	
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 cream	4	
metronidazole topical gel 0.75 %	3	
metronidazole topical gel 1 %	4	
metronidazole topical gel with pump	4	
metronidazole topical lotion	4	
RENOVA TOPICAL CREAM 0.02 %	4	EX; QL (20/30)
tazarotene topical cream	4	PA
tretinoin topical cream	4	PA
tretinoin topical gel 0.01 %	3	PA
tretinoin topical gel 0.025 %, 0.05 %	4	PA

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
gentamicin topical cream	3	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	3	QL (90/28)
ciclopirox topical shampoo	3	QL (120/28)
ciclopirox topical solution	4	QL (6.6/28)
ciclopirox topical suspension	3	QL (60/28)
clotrimazole topical cream	2	QL (45/28)
clotrimazole topical solution	2	QL (30/28)
clotrimazole-betamethasone topical cream	3	QL (45/28)
clotrimazole-betamethasone topical lotion	4	QL (60/28)
econazole nitrate topical cream	3	QL (85/28)
ketoconazole topical cream	3	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 topical cream	3	
betamethasone dipropionate topical lotion	3	
betamethasone dipropionate topical ointment	4	
betamethasone valerate topical cream	3	
betamethasone valerate topical lotion	3	
betamethasone valerate topical ointment	3	
betamethasone, augmented topical cream	2	
betamethasone, augmented topical gel	4	
betamethasone, augmented topical lotion	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
betamethasone, augmented topical ointment	4	
clobetasol scalp	4	QL (100/28)
clobetasol topical cream 0.05 %	4	QL (120/28)
clobetasol topical foam	4	QL (100/28)
clobetasol topical gel	4	QL (120/28)
clobetasol topical lotion	4	QL (118/28)
clobetasol topical ointment	4	QL (120/28)
clobetasol topical shampoo	4	QL (236/28)
clobetasol topical spray,non-aerosol	4	QL (125/28)
clobetasol-emollient topical cream	4	QL (120/28)
clodan	4	QL (236/28)
desonide topical lotion	4	
desonide topical ointment	4	
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	3	
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	3	QL (120/30)
fluticasone propionate topical cream	3	
fluticasone propionate topical ointment	3	
halobetasol propionate topical cream	3	
halobetasol propionate topical ointment	4	
hydrocortisone topical cream 1 %	2	
hydrocortisone topical cream 2.5 %	3	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	2	
hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %	2	
hydrocortisone valerate	4	
mometasone topical	3	
triamcinolone acetonide topical cream	2	
triamcinolone acetonide topical lotion	3	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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, dispersible 125 mg	3	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	5	PA; NDS
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	

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
dextrose 70 % in water (d70w)	4	
disulfiram oral tablet 250 mg	3	
disulfiram oral tablet 500 mg	4	
droxidopa oral capsule 100 mg	4	PA; QL (90/30)
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 oral tablet 10 mg	4	
midodrine oral tablet 2.5 mg, 5 mg	3	
nitisinone	5	PA; NDS
pilocarpine hcl oral	4	
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	3	
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)

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
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	1	
fluoride (sodium) dental	2	
ipratropium bromide nasal	3	QL (30/30)
oralone	3	
periogard	1	
sodium fluoride 5000 dry mouth	2	
sodium fluoride 5000 plus	2	
sodium fluoride-pot nitrate	2	
triamcinolone acetonide dental	3	
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)	3	
ENDOCRINO/ DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
cortisone	4	
dexamethasone intensol	4	
dexamethasone oral elixir	3	
dexamethasone oral solution	3	
dexamethasone oral tablet	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
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	3	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)	3	
prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	4	
prednisolone sodium phosphate oral syringe	3	
prednisone intensol	4	
prednisone oral solution	4	
prednisone oral tablet	1	
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	1	
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
CYCLOSET	4	QL (180/30)
dapagliflozin oral tablet 10 mg	3	QL (30/30)
dapagliflozin oral tablet 5 mg	3	QL (60/30)

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
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	
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)

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
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 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)
metformin oral tablet extended release 24hr 1,000 mg	4	ST; QL (60/30)
metformin oral tablet extended release 24hr 500 mg	1	QL (150/30)
metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 1,000 mg	4	ST; QL (60/30)
metformin oral tablet,er gast.retention 24 hr 500 mg	4	ST; QL (120/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
nateglinide oral tablet 120 mg	1	QL (90/30)
nateglinide oral tablet 60 mg	1	QL (180/30)

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	3	
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	3	
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 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)

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
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	
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

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
testosterone cypionate	3	
testosterone enanthate	3	
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
zoledronic acid intravenous solution	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
levothyroxine oral tablet	1	
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	3	
GASTROENTEROLOGÍA		
ANTIDIARREICOS Y ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine oral capsule	2	
dicyclomine oral solution	4	
dicyclomine oral tablet 20 mg	2	
diphenoxylate-atropine oral liquid	4	
diphenoxylate-atropine oral tablet	3	
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER INJECTION	4	
glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	4	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	3	
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	3	
CORTIFOAM	5	NDS
CREON	3	
cromolyn oral	3	
dronabinol oral capsule	4	B/D PA; QL (60/30)
ENTYVIO PEN	5	PA; QL (1.36/28); NDS
enulose	3	
gavilyte-c	2	
generlac	3	
granisetron hcl oral	3	B/D PA
hydrocortisone rectal	3	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %	2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	3	
IQIRVO	5	PA; QL (30/30); NDS
lactulose oral solution	3	
LINZESS	3	QL (30/30)
lubiprostone	3	QL (60/30)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	
mesalamine oral	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	

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
ondansetron hcl (pf)	4	
ondansetron hcl intravenous	4	
ondansetron hcl oral solution	3	B/D PA
ondansetron hcl oral syringe 2 mg/2.5 ml	3	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	3	
proctosol hc topical	3	
proctozone-hc	3	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS
SANCUSO	5	NDS
scopolamine base	4	QL (10/30)
SKYRIZI INTRAVENOUS	5	PA; QL (30/180); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (1.2/56); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (2.4/56); NDS
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	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
ZYMFENTRA	5	PA; QL (2/28); NDS
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
bismuth subcit k-metronidz-tcn	4	
dexlansoprazole	4	ST; QL (30/30)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec)	3	QL (60/30)
famotidine oral suspension for reconstitution	4	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec)	3	QL (60/30)
misoprostol	3	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec)	1	QL (60/30)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec)	1	QL (60/30)
sucralfate oral tablet	3	
TALICIA	4	QL (168/180)
VOQUEZNA DUAL PAK	4	QL (224/365)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	4	QL (224/365)

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

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
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
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	

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
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	
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)

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
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 5/16"	3	PA; QL (200/30)
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	1	
colchicine oral tablet	3	QL (120/30)
febuxostat	3	
probenecid	3	
probenecid-colchicine	3	
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS		
alendronate oral solution	1	
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30/30)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	QL (4/28)
CONEXXENCE	4	QL (1/180)
ibandronate oral	3	QL (1/28)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
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

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		
ESTRÓGENOS Y PROGESTINAS		
camila	3	
conjugated estrogens	3	
deblitane	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	3	
dotti	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
emzahh	3	
errin	3	
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	3	
heather	3	
incassia	3	
jencycla	3	
lyza	3	
medroxyprogesterone intramuscular	3	
medroxyprogesterone oral	1	
meleya	3	
nora-be	3	
norethindrone (contraceptive)	3	
norethindrone acetate	3	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg	4	
orquidea	3	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
progesterone micronized oral	3	
sharobel	3	
yuvafem	4	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DIVERSOS		
clindamycin phosphate vaginal	3	
etonogestrel-ethinyl estradiol	3	
LILETTA	3	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	4	
NEXPLANON	3	
terconazole	3	
tranexamic acid oral	3	
zafemy	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES Y AGENTES RELACIONADOS		
afirmelle	3	
altavera (28)	3	
alyacen 1/35 (28)	3	
alyacen 7/7/7 (28)	3	
amethyst (28)	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
apri	3	
aranelle (28)	3	
ashlyna	3	
aubra eq	3	
aurovela 1.5/30 (21)	3	
aurovela 1/20 (21)	3	
aurovela 24 fe	3	
aurovela fe 1.5/30 (28)	3	
aurovela fe 1-20 (28)	3	
aviane	3	
ayuna	3	
azurette (28)	3	
balziva (28)	3	
blisovi 24 fe	3	
blisovi fe 1.5/30 (28)	3	
blisovi fe 1/20 (28)	3	
briellyn	3	
camrese	3	
camrese lo	3	
charlotte 24 fe	3	
chateal eq (28)	3	
cryselle (28)	3	
cyred eq	3	
dasetta 1/35 (28)	3	
dasetta 7/7/7 (28)	3	
daysee	3	
desog-e.estradiol/e.estradiol	3	
dolishale	3	
drospirenone-e.estradiol-lm.fa	3	
drospirenone-ethinyl estradiol	3	
elinest	3	
enskyce	3	
estarylla	3	
falmina (28)	3	
feirza	3	
finzala	3	
galbriela	3	
gemmily	3	
hailey	3	
hailey 24 fe	3	
hailey fe 1.5/30 (28)	3	
hailey fe 1/20 (28)	3	
iclevia	3	
introvale	3	
isibloom	3	
jaimiess	3	
jasmiel (28)	3	
jolessa	3	
joyeaux	3	
juleber	3	
junel 1.5/30 (21)	3	
junel 1/20 (21)	3	
junel fe 1.5/30 (28)	3	
junel fe 1/20 (28)	3	
junel fe 24	3	
kaitlib fe	3	
kalliga	3	
kariva (28)	3	
kelnor 1/35 (28)	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
kurvelo (28)	3	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	3	
larin 1.5/30 (21)	3	
larin 1/20 (21)	3	
larin 24 fe	3	
larin fe 1.5/30 (28)	3	
larin fe 1/20 (28)	3	
lessina	3	
levonest (28)	3	
levonorgest-eth.estradiol-iron	3	
levonorgestrel-ethinyl estrad	3	
levonorg-eth estrad triphasic	3	
lojaimiess	3	
loryna (28)	3	
lo-zumandimine (28)	3	
luizza	3	
lutera (28)	3	
marlissa (28)	3	
microgestin 1.5/30 (21)	3	
microgestin 1/20 (21)	3	
microgestin fe 1.5/30 (28)	3	
microgestin fe 1/20 (28)	3	
mili	3	
minzoya	3	
mono-linyah	3	
necon 0.5/35 (28)	3	
nikki (28)	3	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	3	
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule	3	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable	3	
norgestimate-ethinyl estradiol	3	
nortrel 0.5/35 (28)	3	
nortrel 1/35 (21)	3	
nortrel 1/35 (28)	3	
nortrel 7/7/7 (28)	3	
nylia 1/35 (28)	3	
nylia 7/7/7 (28)	3	
ocella	3	
philith	3	
pimtrea (28)	3	
portia 28	3	
reclipsen (28)	3	
rivelsa	3	
rosyrah	3	
setlakin	3	
simliya (28)	3	
simpesse	3	
sprintec (28)	3	
syeda	3	
tarina 24 fe	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
tarina fe 1-20 eq (28)	3	
tilia fe	3	
tri-estarylla	3	
tri-legest fe	3	
tri-linyah	3	
tri-lo-estarylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	3	
tri-sprintec (28)	3	
tri-vylibra	3	
tri-vylibra lo	3	
turqoz (28)	3	
tydemy	3	
valtya	3	
velivet triphasic regimen (28)	3	
vestura (28)	3	
vienva	3	
viorele (28)	3	
volnea (28)	3	
vyfemla (28)	3	
vylibra	3	
wera (28)	3	
wymzya fe	3	
xarah fe	3	
xelria fe	3	
zovia 1-35 (28)	3	
zumandimine (28)	3	

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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	3	
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 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops	1	

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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
MIEBO (PF)	3	QL (3/30)
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	
XDEMVY	4	PA; QL (10/42)
XIIDRA	3	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	4	
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	
brinzolamide	4	
dorzolamide	2	
dorzolamide-timolol	3	
latanoprost	1	
travoprost	4	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES Y ANTIBIÓTICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc	3	
neomycin-polymyxin b-dexameth	2	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)	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
tobramycin-dexamethasone	3	
ESTEROIDES		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)	3	
difluprednate	4	
fluorometholone	3	
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	4	
LOTEMAX SM	4	
loteprednol etabonate	4	
prednisolone acetate	3	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)	3	
SIMPATICOMIMÉTICOS		
apraclonidine	3	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %	3	
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)
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	3	PA
hydroxyzine pamoate	3	PA
levocetirizine oral tablet	3	QL (30/30)
promethazine oral syrup	4	PA
promethazine oral tablet	2	PA
AGENTES PARA ENFERMEDADES PULMONARES		
acetylcysteine	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	QL (17/30)

Medicamentos con cobertura por categoría

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/ Límites
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/0.5 ml	3	B/D PA
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg /3 ml (0.083 %)	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
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
montelukast oral granules in packet	4	QL (30/30)
montelukast oral tablet	1	QL (30/30)
montelukast oral tablet,chewable	1	QL (30/30)
nintedanib	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
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
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	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)

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
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	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr	2	QL (60/30)
solifenacin	4	
tolterodine	4	
TRATAMIENTO PARA LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
alfuzosin	2	
dutasteride	3	
finasteride oral tablet 5 mg	1	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 10 meq (1,080 mg), 15 meq	4	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	3	
RENACIDIN	4	
sildenafil	2	EX; QL (6/30)
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	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
klor-con 8	1	
klor-con m10	1	
klor-con m20	1	
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	
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	1	
POTASSIUM CHLORIDE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals	1	
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	

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
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
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	
folic acid oral tablet 1 mg	2	EX; QL (30/30)
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	

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
prenatal vitamin plus low iron	3	
taron-c dha	3	
trinatal rx 1	3	
VITAMIN D2	2	EX
wescap-pn dha	3	
wesnate dha	3	
westab plus	3	
westgel dha	2	

Índice

A

abacavir 9
abacavir-lamivudine 9
ABILIFY ASIMTUFII 41
ABILIFY MAINTENA 41
abiraterone 18
abirtega 18
ABRYSVO (PF) 69
acamprosate 58
acarbose 61
acebutolol 48
acetaminophen-codeine 38
acetazolamide 78
acetazolamide sodium 78
acetic acid 60
acetylcysteine 79
acitretin 53
ACTHIB (PF) 69
ACTIMMUNE 68
acyclovir 9
acyclovir sodium 9
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 69
adapalene 55
ADCETRIS 18
ADEMPAS 79
ADSTILADRIN 19
ADVAIR HFA 79
ADVOCATE PEN NEEDLE 70
afirmelle 74
AIMOVIG AUTOINJECTOR 36
AKEEGA 19
ala-cort 56
albendazole 14
albuterol sulfate 80
ALBUTEROL SULFATE 79, 80
alclometasone 56
alcohol pads 61
ALCOHOL PREP PADS 61
ALCOHOL SWABS 61
ALCOHOL WIPES 61
ALDURAZYME 64
ALECENSA 19
alendronate 72
alfuzosin 82
aliskiren 48
allopurinol 72
alosetron 66
alprazolam 41
altavera (28) 74
ALUNBRIG 19
alyacen 1/35 (28) 74
alyacen 7/7/7 (28) 74
amantadine hcl 9
ambrisentan 80
amethyst (28) 74
amikacin 14
amiloride 48
amiloride-hydrochlorothiazide 48
aminocaproic acid 51
amiodarone 48
amitriptyline 41
amlodipine 48
amlodipine-benazepril 48
amlodipine-valsartan 48
amlodipine-valsartan-hcthiazid 48
ammonium lactate 54
amoxapine 41
amoxicillin 16
amoxicillin-pot clavulanate 16, 17
amphotericin b 9
amphotericin b liposome 9
ampicillin 17
ampicillin sodium 17
ampicillin-sulbactam 17
anagrelide 58
anastrozole 19
ANKTIVA 19
ANORO ELLIPTA 80
apraclonidine 79
aprepitant 66
apri 75
APTIVUS 9
aranelle (28) 75
ARCALYST 68
AREXVY (PF) 69
arformoterol 80
ARIKAYCE 14
aripiprazole 41
ARNUITY ELLIPTA 80
arsenic trioxide 19
asenapine maleate 41
ashlyna 75
ASSURE ID INSULIN SAFETY 70
atazanavir 9
atenolol 48
atenolol-chlorthalidone 48
ATGAM 69
atomoxetine 41
atorvastatin 52
atovaquone 14
atovaquone-proguanil 14
atropine 78
ATROPINE SULFATE (PF) 78
aubra eq 75
AUGMENTIN 17
AUGTYRO 19
aurovela 1.5/30 (21) 75
aurovela 1/20 (21) 75
aurovela 24 fe 75
aurovela fe 1.5/30 (28) 75
aurovela fe 1-20 (28) 75
AUSTEDO 36
AUSTEDO XR 36
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 36
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS 70
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS 70
AUVELITY 41
aviane 75
AVMAPKI-FAKZYNJA 19
ayuna 75
AYVAKIT 19
azacitidine 19
azathioprine 19
azathioprine sodium 19
azelastine 60, 78
azilsartan medoxomil 48
azithromycin 14
aztreonam 14
azurette (28) 75

B

bacitracin-polymyxin b 77
baclofen 37, 38
bal-care dha 84
balsalazide 66
BALVERSA 19
balziva (28) 75
BARACLUDE 9
BAVENCIO 19
BCG VACCINE, LIVE (PF) 69

BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 71
BEIZRAY 19
BEIZRAY-ALBUMIN 19
BELEODAQ 19
BELSOMRA 41
benazepril 48
benazepril-hydrochlorothiazide 48
bendamustine 19
BENDAMUSTINE 19
BENDEKA 19
BENLYSTA 73
benztropine 35
BESIVANCE 77
BESPONSA 19
BESREMI 68
BESREMI PEN 68
betaine 66
betamethasone dipropionate 56
betamethasone valerate 56
betamethasone, augmented 56, 57
betaxolol 48
bethanechol chloride 82
bexarotene 19
BEXSERO 69
bicalutamide 19
BICILLIN L-A 17
BIKTARVY 9
bimatoprost 78
bismuth subcit k-metronidz-tcn 68
bisoprolol fumarate 48
BISOPROLOL FUMARATE 48
bisoprolol-hydrochlorothiazide 48
BIZENGRI 19
BLENREP 19
bleomycin 19
BLINCYTO 19
blisovi 24 fe 75
blisovi fe 1.5/30 (28) 75
blisovi fe 1/20 (28) 75
BOMYNTRA 18
BOOSTRIX TDAP 69
bortezomib 19
BORTEZOMIB 19
BORUZU 19
BOSULIF 19, 20
bosutinib 20
BRAFTOVI 20
BREO ELLIPTA 80
breyna 80
briellyn 75
brimonidine 79
brimonidine-timolol 78
brinzolamide 78
brivaracetam 32
bromfenac 78
bromocriptine 35
BRUKINSA 20
budesonide 66, 80
bumetanide 48
buprenorphine hcl 38
buprenorphine-naloxone 40
bupropion hcl 41
bupropion hcl (smoking deter) 60
buspirone 42
busulfan 20
butorphanol 40
BYSANTI 42
BYSANTI TITRATION PACK A 42
BYSANTI TITRATION PACK B 42
BYSANTI TITRATION PACK C 42

C

CABENUVA 9
cabergoline 64
CABOMETYX 20
calcipotriene 53
calcitonin (salmon) 64
calcitriol 64
calcium acetate(phosphat bind) 82
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 20
CAMCEVI (6 MONTH) 20
camila 74
camrese 75
camrese lo 75
CAMZYOS 52
candesartan 48
candesartan-hydrochlorothiazid 48
CAPLYTA 42
CAPRELSA 20
captopril 48
carbamazepine 32
CARBAMAZEPINE 32
carbidopa 35
carbidopa-levodopa 35, 36
CARBIDOPA-LEVODOPA 35
carbidopa-levodopa-entacapone 36
carboplatin 20
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 61
carglumic acid 58
carmustine 20
carteolol 77
cartia xt 49
carvedilol 49
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....40
cephalexin....13
CEREZYME....64
cetirizine....79
charlotte 24 fe....75
chateal eq (28)....75
CHEMET....58
chlorhexidine gluconate....60
chloroquine phosphate....14
chlorothiazide sodium....49
chlorpromazine....42
chlorthalidone....49
cholestyramine (with sugar)....52
cholestyramine light....52
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN....64
ciclodan....56
ciclopirox....56
cilostazol....51
CIMDUO....9
cinacalcet....64
ciprofloxacin....17
ciprofloxacin hcl....17, 77
ciprofloxacin in 5 % dextrose....17
ciprofloxacin-dexamethasone....60
cisplatin....20
citalopram....42
cladribine....20
claravis....55
clarithromycin....14
CLENPIQ....66
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, 55, 74
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE....84
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE....84
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE....58
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)....84
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)....84
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)....84
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)....84
CLINISOL SF 15 %....84
clobazam....32
clobetasol....57
clobetasol-emollient....57
clodan....57
clofarabine....20
clomipramine....42
clonazepam....32
clonidine....49
clonidine hcl....49
clopidogrel....51
clorazepate dipotassium....42
clotrimazole....9, 56
clotrimazole-betamethasone....56
clozapine....42
c-nate dha....84
COARTEM....14
COBENFY....42
COBENFY STARTER PACK....42
colchicine....72
colesevelam....52
colestipol....52
colistin (colistimethate na)....14
COLUMVI....20
COMBIVENT RESPIMAT....80
COMETRIQ....20
complete natal dha....84
compro....66
CONEXXENCE....72
conjugated estrogens....74
constulose....66
COPIKTRA....20
CORTIFOAM....66
cortisone....60
COSENTYX....53
COSENTYX (2 SYRINGES)....53
COSENTYX PEN....53
COSENTYX PEN (2 PENS)....53
COSENTYX UNOREADY PEN....53
COTELLIC....20
CREON....66
CRESEMBA....9
cromolyn....66, 78, 80
cryselle (28)....75
CURITY ALCOHOL SWABS....61
CURITY GAUZE....71
CUVRIOR....58
cyclobenzaprine....38
cyclophosphamide....20
CYCLOPHOSPHAMIDE....20
cycloserine....14
CYCLOSET....61
cyclosporine....21, 78
cyclosporine modified....20
CYRAMZA....21
cyred eq....75
CYSTAGON....82
CYSTARAN....78
cytarabine....21
cytarabine (pf)....21

D

d10 %-0.45 % sodium chloride....58
d2.5 %-0.45 % sodium chloride....58
D5 % (D-GLUCOSE)-0.9 % SODCHLR....58
d5 % and 0.9 % sodium chloride....58
d5 %-0.45 % sodium chloride....58
dacarbazine....21
dactinomycin....21
dalfampridine....36
danazol....64
dantrolene....38
DANYELZA....21
DANZITEN....21
dapagliflozin....61
dapagliflozin-metformin....62
dapsone....14
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)....69
daptomycin....14
DAPTOMYCIN....14
DAPTOMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR....14
darunavir....9
DARZALEX....21

DARZALEX FASPRO....21
dasatinib....21
dasetta 1/35 (28)....75
dasetta 7/7/7 (28)....75
DATROWAY....21
daunorubicin....21
DAURISMO....21
daysee....75
deblitane....74
decitabine....21
DECNUPAZ....21
deferasirox....58
DELSTRIGO....9
DENGVAXIA (PF)....69
DEPO-SUBQ PROVERA 104....74
DESCOVY....10
desipramine....42
desloratadine....79
desmopressin....64
desog-e.estradiol/e.estradiol....75
desonide....57
desoximetasone....57
desvenlafaxine succinate....42
dexamethasone....60
dexamethasone intensol....60
dexamethasone sodium phos (pf)....61
dexamethasone sodium phosphate....61, 79
dexlansoprazole....68
dexmethylphenidate....42
dextroamphetamine sulfate....42
dextroamphetamine-amphetamine....43
dextromethorphan-quinidine....36
dextrose 10 % and 0.2 % nacl....58
dextrose 10 % in water (d10w)....58
dextrose 25 % in water (d25w)....58
dextrose 5 % in water (d5w)....58
DEXTROSE 5 % IN WATER (D5W)....58
dextrose 5 %-lactated ringers....58
dextrose 5%-0.2 % sod chloride....58
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride....58
dextrose 50 % in water (d50w)....58
DEXTROSE 50 % IN WATER (D50W)....58
dextrose 70 % in water (d70w)....59
DIACOMIT....33
diazepam....33, 43
diazepam intensol....43
diazoxide....62
diclofenac potassium....40
diclofenac sodium....40, 78
dicloxacillin....17
dicyclomine....65
diflunisal....40
difluprednate....79
digoxin....52, 53
dihydroergotamine....36
DILANTIN....33
diltiazem hcl....49
dilt-xr....49
dimethyl fumarate....36, 37
diphenhydramine hcl....79
diphenoxylate-atropine....65
dipyridamole....51
disulfiram....59
divalproex....33
docetaxel....21
DOCIVYX....21
dofetilide....48
dolishale....75
donepezil....37
DOPTELET (10 TAB PACK)....51
DOPTELET (15 TAB PACK)....51
DOPTELET (30 TAB PACK)....51
DOPTELET SPRINKLE....51
dorzolamide....78
dorzolamide-timolol....78
dotti....74
DOVATO....10
doxazosin....49
doxepin....43
doxercalciferol....64
doxorubicin....21
doxorubicin, peg-liposomal....21
doxy-100....18
doxycycline hyclate....18
doxycycline monohydrate....18
DRIZALMA SPRINKLE....43
dronabinol....66
DROPLET MICRON PEN NEEDLE....71
DROPLET PEN NEEDLE....71
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS....62
DROPSAFE PEN NEEDLE....71
drospirenone-e.estradiol-lm.fa....75
drospirenone-ethinyl estradiol....75
DROXIA....21
droxidopa....59
DUAVEE....74
duloxetine....43
DUPIXENT PEN....54
DUPIXENT SYRINGE....54
dutasteride....82

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD....62
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....71
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS....62
econazole nitrate....56
EDARAVONE....37
EDURANT PED....10
efavirenz....10
efavirenz-emtricitabin-tenofov....10
efavirenz-lamivu-tenofov disop....10
ELAHERE....21
ELAPRASE....64
electrolyte-48 in d5w....84
elinest....75
ELIQUIS....51
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START....51
ELIQUIS SPRINKLE....51
elite-ob....84
ELMIRON....82
ELREXFIO....21

eltrombopag olamine 51
ELZONRIS 21
EMPLICITI 21
EMRELIS 21
EMSAM 43
emtricitabine 10
emtricitabine-tenofovir (tdf) 10
emtricita-rilpivirine-tenof df 10
EMTRIVA 10
EMVERM 14
emzahh 74
enalapril maleate 49
enalapril-hydrochlorothiazide 49
ENBREL 73
ENBREL MINI 73
ENBREL SURECLICK 73
endocet 38
ENGERIX-B (PF) 69
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 69
ENHERTU 21
enoxaparin 51
ENSACOVE 21
enskyce 75
entacapone 36
entecavir 10
ENTRESTO SPRINKLE 53
ENTYVIO PEN 66
enulose 66
ENVARSUS XR 21
EPCLUSA 10
EPIDIOLEX 33
epinephrine 79
EPINEPHRINE 79
EPKINLY 21
ERBITUX 22
ergotamine-caffeine 36
eribulin 22
ERIVEDGE 22
ERLEADA 22
erlotinib 22
errin 74
ertapenem 14
ery pads 55
erythromycin 14, 77
erythromycin ethylsuccinate 14
erythromycin lactobionate 14
erythromycin with ethanol 55
erythromycin-benzoyl peroxide 55
escitalopram oxalate 43
eslicarbazepine 33
esomeprazole magnesium 68
estarylla 75
estradiol 74
estradiol valerate 74
ethacrynate sodium 49
ethambutol 14
ethosuximide 33
etodolac 40
etonogestrel-ethinyl estradiol 74
ETOPOPHOS 22
etoposide 22
etravirine 10
EUCRISA 54
EULEXIN 22
EVDI 22
everolimus (antineoplastic) 22
everolimus (immunosuppressive) 22
EVOMELA 22
EVOTAZ 10
exemestane 22
EXXUA 43
EYLEA 78
ezetimibe 52
ezetimibe-simvastatin 52

F

FABRAZYME 64
falmina (28) 75
famciclovir 10
famotidine 68
FANAPT 43
FANAPT TITRATION PACK A 43
FANAPT TITRATION PACK B 44
FANAPT TITRATION PACK C 44
FARXIGA 62
FASENRA 80
FASENRA PEN 80
febuxostat 72
feirza 75
felbamate 33
felodipine 49
fenofibrate 52
fenofibrate micronized 52
fenofibrate nanocrystallized 52
fenofibric acid (choline) 52
fentanyl 38
FETZIMA 44
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 62
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 62
FIASP PUMPCART 62
FIASP U-100 INSULIN 62
fidaxomicin 14
FILSPARI 53
finasteride 82
FINTEPLA 33
finzala 75
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 22
flac otic oil 60
flecainide 48
floxuridine 22
fluconazole 9
fluconazole in nacl (iso-osm) 9
flucytosine 9
fludarabine 22
fludrocortisone 61
flunisolide 80
fluocinolone 57
fluocinolone acetonide oil 60
fluocinolone and shower cap 57
fluocinonide 57
fluoride (sodium) 60, 84
fluorometholone 79
fluorouracil 22, 54
fluoxetine 44
fluphenazine decanoate 44
fluphenazine hcl 44
flurbiprofen 40
flurbiprofen sodium 78
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 80
fluticasone propionate 57
FLUTICASONE PROPIONATE 80
fluvastatin 52
fluvoxamine 44
folic acid 84
folivane-ob 84

FOLOTYN....22
fomepizole....69
fondaparinux....51
fosamprenavir....10
fosfomycin tromethamine....18
fosinopril....49
fosinopril-hydrochlorothiazide....49
fosphenytoin....33
FOTIVDA....22
FRUZAQLA....22
fulvestrant....22
furosemide....49
FYARRO....23
G
gabapentin....33
galantamine....37
galbriela....75
gallifrey....74
GARDASIL 9 (PF)....69
GAUZE PAD....71
gavilyte-c....66
GAVRETO....23
GAZYVA....23
gefitinib....23
gemcitabine....23
GEMCITABINE....23
gemfibrozil....52
gemmily....75
generlac....66
gengraf....23
GENOTROPIN....68
GENOTROPIN MINIQUICK....68
gentamicin....15, 56, 77
gentamicin in nacl (iso-osm)....15
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM)....15
gentamicin sulfate (ped) (pf)....15
GENVOYA....10
GILOTRIF....23
glatiramer....37
glatopa....37
glimepiride....62
glipizide....62
GLIPIZIDE....62
glipizide-metformin....62
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT....62
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)....62
glutamine (sickle cell)....59
glycopyrrolate....66
glycopyrrolate (pf)....66
GLYCOPYRROLATE (PF)....66
glycopyrrolate (pf) in water....65
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER....65
glydo....54
GOMEKLI....23
GRAFAPEX....23
granisetron hcl....66
griseofulvin microsize....9
griseofulvin ultramicrosize....9
guanfacine....44
GVOKE....62
GVOKE HYPOPEN 1-PACK....62
GVOKE HYPOPEN 2-PACK....62
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....62
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....62
H
HADLIMA....73
HADLIMA PUSHTOUCH....73
HADLIMA(CF)....73
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH....73
HAEGARDA....80
hailey....75
hailey 24 fe....75
hailey fe 1.5/30 (28)....75
hailey fe 1/20 (28)....75
halobetasol propionate....57
haloperidol....44
haloperidol decanoate....44
haloperidol lactate....44
HARVONI....10
HAVRIX (PF)....69
heather....74
heparin (porcine)....51
heparin (porcine) in 5 % dex....51
heparin (porcine) in nacl (pf)....51
HEPARIN (PORCINE) IN NACL (PF)....51
heparin(porcine) in 0.45% nacl....52
HEPARIN, PORCINE (PF)....52
HEPLISAV-B (PF)....69
HERNEXEOS....23
HIBERIX (PF)....69
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN....63
hydralazine....49
hydrochlorothiazide....49
hydrocodone-acetaminophen....38
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN....38
hydrocodone-ibuprofen....38
hydrocortisone....57, 61, 66
hydrocortisone sod succinate....61
hydrocortisone valerate....57
hydrocortisone-acetic acid....60
hydromorphone....38
hydroxychloroquine....15
hydroxyurea....23
hydroxyzine hcl....79
hydroxyzine pamoate....79
HYRNUO....23
I
ibandronate....72
IBRANCE....23
IBTROZI....23
*ibu*40
ibuprofen....40
icatibant....80
iclevia....75
ICLUSIG....23
icosapent ethyl....52
idarubicin....23
IDHIFA....23
IDVYNSO....10
ifosfamide....23
imatinib....23
IMBRUVICA....23
IMDELLTRA....24
IMFINZI....24
imipenem-cilastatin....15
imipramine hcl....44
imiquimod....54
IMJUDO....24
IMKELDI....24

IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 69
IMPAVIDO 15
INBRIJA 36
incassia 74
INCONTROL PEN NEEDLE 71
INCRELEX 59
INCRUSE ELLIPTA 80
indapamide 49
INFANRIX (DTAP) (PF) 69
INFUMORPH P/F 38
INLEXZO 24
INLURIYO 24
INLYTA 24
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 71
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 71
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 71
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 71
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 71
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 71
INQOVI 24
INREBIC 24
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 71
INTELENCE 10
intralipid 84
INTRALIPID 84
introvale 75
INVEGA HAFYERA 44
INVEGA SUSTENNA 44
INVEGA TRINZA 44, 45
IPOL 69
ipratropium bromide 60, 80
ipratropium-albuterol 80
IQIRVO 66
irbesartan 49
irbesartan-hydrochlorothiazide 49
irinotecan 24
ISENTRESS 10, 11
ISENTRESS HD 10
isibloom 75
isoniazid 15
isosorbide dinitrate 53
isosorbide mononitrate 53
isosorbide-hydralazine 49
isotretinoin 55
ITOVEBI 24
itraconazole 9
ivabradine 53
ivermectin 15
IWILFIN 24
IXEMPRA 24
IXIARO (PF) 69

J

jaimiess 75
JAKAFI 24
JAKAFI XR 24
jantoven 52
JARDIANCE 63
jasmiel (28) 75
JAYPIRCA 24
JEMPERLI 24
jencycla 74
JEVTANA 24
JIDEYTRO 24
jolessa 75
joyeaux 75
juleber 75
JULUCA 11
junel 1.5/30 (21) 75
junel 1/20 (21) 75
junel fe 1.5/30 (28) 75
junel fe 1/20 (28) 75
junel fe 24 75
JYLAMVO 24
JYNNEOS (PF) 69

K

KABIVEN 84
KADCYLA 24
kaitlib fe 75
KALETRA 11
kalliga 75
KANJINTI 24
kariva (28) 75
kelnor 1/35 (28) 75
KERENDIA 49
ketoconazole 9, 56
ketorolac 78
KEVZARA 73
KEYTRUDA 24
KEYTRUDA QLEX 24
KIMMTRAK 24
KINRIX (PF) 69
kionex 59
KISQALI 24
klayesta 56
KLISYRI (250 MG) 24
KLISYRI (350 MG) 24
klor-con 82
klor-con 10 82
klor-con 8 83
klor-con m10 83
klor-con m20 83
KLOXXADO 40
KOMZIFTI 24
KOSELUGO 24, 25
K-PHOS ORIGINAL 82
KRAZATI 25
kurvelo (28) 76
KYPROLIS 25

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 76
labetalol 49
lacosamide 33
LACOSAMIDE 33
lactated ringers 58, 83
lactulose 66
lamivudine 11
lamivudine-zidovudine 11
lamotrigine 33
LANOXIN PEDIATRIC 53
lansoprazole 68
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 63
LANTUS U-100 INSULIN 63
lapatinib 25
larin 1.5/30 (21) 76
larin 1/20 (21) 76
larin 24 fe 76
larin fe 1.5/30 (28) 76
larin fe 1/20 (28) 76
latanoprost 78
LAZCLUZE 25
leflunomide 73
lenalidomide 25
LENVIMA 25
LEQEMBI IQLIK 37
lessina 76
letrozole 25
leucovorin calcium 18
LEUKERAN 25

LEUKINE 68
leuprolide 25
levetiracetam 33, 34
LEVETIRACETAM....34
levetiracetam in nacl (iso-os)....33
levobunolol 77
levocarnitine 59
levocarnitine (with sugar)....59
levocetirizine....79
levofloxacin....17
levofloxacin in d5w 17
levonest (28)....76
levonorgest-eth.estradiol-iron....76
levonorgestrel-ethinyl estrad....76
levonorg-eth estrad triphasic 76
levothyroxine 65
levoxyl....65
LIBTAYO 25
lidocaine 55
lidocaine (pf) 48, 54
lidocaine hcl....54, 55
lidocaine-prilocaine....55
LIFYORLI....25
LILETTA 74
lincomycin....15
linezolid....15
linezolid in dextrose 5%....15
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE 15
LINZESS....66
liomny 65
liothyronine 65
lisdexamfetamine....45
lisinopril....49
lisinopril-hydrochlorothiazide 49
lithium carbonate 45
lithium citrate 45
LIVTENCITY....11
lojaimiess....76
LOKELMA....59
lomustine 25
LONSURF 25
loperamide....66
lopinavir-ritonavir 11
LOQTORZI 25
lorazepam 45
lorazepam intensol....45
LORBRENA 25
loryna (28)....76
losartan 49
losartan-hydrochlorothiazide 49
LOTEMAX....79
LOTEMAX SM....79
loteprednol etabonate 79
lovastatin....52
loxapine succinate....45
lo-zumandimine (28) 76
lubiprostone....66
ludent fluoride....84
luizza....76
LUMAKRAS 26
LUMIZYME....64
LUNSUMIO 26
LUNSUMIO VELO....26
LUPRON DEPOT....26
LUPRON DEPOT (3 MONTH)....26
LUPRON DEPOT (4 MONTH)....26
LUPRON DEPOT (6 MONTH)....26
lurasidone....45
lutera (28)....76
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)....26
LYBALVI....45
LYNOZYFIC....26
LYNPARZA....26
LYSODREN 26
LYTGOBI....26
lyza....74

M

magnesium sulfate 83
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 83
magnesium sulfate in water 83
MAGNESIUM SULFATE IN WATER 83
malathion....58
maraviroc 11
MARGENZA....26
marlissa (28) 76
MARPLAN....45
MATULANE....26
matzim la 49
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 71
meclizine.... 66
medroxyprogesterone.... 74
mefloquine 15
megestrol.... 26
MEKINIST.... 26
MEKTOVI.... 26
meleya 74
meloxicam.... 40
melphalan hcl.... 26
memantine.... 37
MEMANTINE 37
memantine-donepezil 37
MENQUADFI (PF) 69
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).... 69
mercaptopurine.... 26
meropenem.... 15
MEROPENEM 15
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE.... 15
mesalamine 66
mesalamine with cleansing wipe 66
mesna.... 18
metformin.... 63
methadone.... 38, 39
methadone intensol 38
methazolamide 78
methenamine hippurate.... 18
methimazole 61
methocarbamol.... 38
methotrexate sodium 26
methotrexate sodium (pf).... 26
methoxsalen 55
methsuximide.... 34
methylphenidate hcl.... 45
methylprednisolone.... 61
methylprednisolone acetate.... 61
methylprednisolone sodium succ 61
metoclopramide hcl.... 66
metolazone 49
metoprolol succinate.... 49
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 49
metoprolol tartrate.... 50
metro i.v. 15

metronidazole 15, 55, 74
metronidazole in nacl (iso-os) 15
metyrosine 50
mexiletine 48
micafungin 9
microgestin 1.5/30 (21) 76
microgestin 1/20 (21) 76
microgestin fe 1.5/30 (28) 76
microgestin fe 1/20 (28) 76
midodrine 59
MIEBO (PF) 78
mifepristone 64
mili 76
minocycline 18
minoxidil 50
minzoya 76
mirtazapine 45
misoprostol 68
mitomycin 26
M-M-R II (PF) 69
m-natal plus 84
modafinil 45
MODEYSO 27
moexipril 50
molindone 45
mometasone 57
MONJUVI 27
mono-linyah 76
montelukast 80
morphine 39
MORPHINE 39
morphine (pf) 39
morphine concentrate 39
MOUNJARO 63
MOVANTIK 66
moxifloxacin 17, 77
MOXIFLOXACIN-SOD.ACE,SUL-WATER 17
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 17
MRESVIA (PF) 69
MULTAQ 48
mupirocin 56
mupirocin calcium 56
MVASI 27
mycophenolate mofetil 27
mycophenolate mofetil (hcl) 27
mycophenolate sodium 27
MYLOTARG 27
MYRBETRIQ 82

N

nabumetone 40
nafcillin 17
nafcillin in dextrose iso-osm 17
NAGLAZYME 64
naloxone 40
naltrexone 40
NANO PEN NEEDLE 71
naproxen 40
naproxen sodium 40
naproxen-esomeprazole 40
naratriptan 36
NATACYN 77
nateglinide 63
NAYZILAM 34
nebivolol 50
necon 0.5/35 (28) 76
nefazodone 45
NELARABINE 27
neomycin 15
neomycin-bacitracin-poly-hc 78
neomycin-bacitracin-polymyxin 77
neomycin-polymyxin b gu 58
neomycin-polymyxin b-dexameth 78
neomycin-polymyxin-gramicidin 77
neomycin-polymyxin-hc 60, 78
NERLYNX 27
nevirapine 11
NEXLETOL 52
NEXPLANON 74
niacin 52
nicardipine 50
NICOTROL NS 60
nifedipine 50
nikki (28) 76
nilotinib hcl 27
nilutamide 27
nimodipine 50
NINLARO 27
nintedanib 80
NIPENT 27
nitazoxanide 15
nitisinone 59
nitrofurantoin macrocrystal 18
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 18
nitroglycerin 53, 66
NIVESTYM 68
nora-be 74
norethindrone (contraceptive) 74
norethindrone acetate 74
norethindrone ac-eth estradiol 74, 76
norethindrone-e.estradiol-iron 76
norgestimate-ethinyl estradiol 76
nortrel 0.5/35 (28) 76
nortrel 1/35 (21) 76
nortrel 1/35 (28) 76
nortrel 7/7/7 (28) 76
nortriptyline 45
NORVIR 11
NOVOFINE 32 71
NOVOFINE PLUS 71
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 63
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 63
NOVOLIN N FLEXPEN 63
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 63
NOVOLIN R FLEXPEN 63
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 63
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 63
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 63
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 63
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 63
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 63
NOVOPEN ECHO 71
NUBEQA 27
NUCALA 81
NUEDEXTA 37
NULOJIX 27
NUPLAZID 45
NURTEC ODT 36
NUZYRA 18
nyamyc 56

nylia 1/35 (28) 76
nylia 7/7/7 (28) 76
nystatin 9, 56
nystatin-triamcinolone 56
nystop 56
NYVEPRIA 68
O
ocella 76
OCREVUS 37
OCTAGAM 69
octreotide acetate 27
ODEFSEY 11
ODOMZO 27
OFEV 81
ofloxacin 60, 77
OGIVRI 27
OGSIVEO 27
OJEMDA 27
OJJAARA 27
olanzapine 45, 46
olmesartan 50
olmesartan-hydrochlorothiazide 50
omega-3 acid ethyl esters 52
omeprazole 68
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 71
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 71
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 71
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 71
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 71
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 71
ONCASPAR 27
ondansetron 67
ondansetron hcl 67
ondansetron hcl (pf) 67
ONGENTYS 36
ONIVYDE 27
ONUREG 27
OPDIVO 27
OPDIVO QVANTIG 27
OPDUALAG 27
OPIPZA 46
oralone 60
ORENITRAM 50
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 50
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 50
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 50
ORGOVYX 27
ORKAMBI 81
orquidea 74
ORSERDU 28
oseltamivir 11
OTEZLA 73
OTEZLA STARTER 73
OTEZLA XR 73
OTEZLA XR INITIATION 73
OTULFI 53, 54
oxacillin 17
oxaliplatin 28
oxaprozin 40
oxazepam 46
oxcarbazepine 34
OXERVATE 78
oxybutynin chloride 82
oxycodone 39
OXYCODONE 39
oxycodone-acetaminophen 39
OZEMPIC 63
P
pacerone 48
paclitaxel 28
paclitaxel protein-bound 28
PADCEV 28
paliperidone 46
palonosetron 67
pamidronate 64
PANRETIN 55
pantoprazole 68
paricalcitol 64
paroxetine hcl 46
PAXLOVID 11
pazopanib 28
PAZOPANIB 28
PEDIARIX (PF) 69
PEDVAX HIB (PF) 69
peg 3350-electrolytes 67
PEGASYS 68
peg-electrolyte soln 67
PEMAZYRE 28
pemetrexed disodium 28
PEMETREXED DISODIUM 28
PEN NEEDLE, DIABETIC 71
PENBRAYA (PF) 69
penicillamine 73
penicillin g potassium 17
penicillin v potassium 17
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 70
PENTACEL (PF) 70
pentamidine 15
PENTIPS PEN NEEDLE 71
pentoxifylline 52
perampanel 34
PERIKABIVEN 84
perindopril erbumine 50
periogard 60
PERJETA 28
permethrin 58
perphenazine 46
perphenazine-amitriptyline 46
pfizerpen-g 17
phenelzine 46
phenobarbital 34
phenobarbital sodium 34
phenytoin 34
phenytoin sodium 34
phenytoin sodium extended 34
PHESGO 28
philith 76
PIFELTRO 11
pilocarpine hcl 59, 78
pimecrolimus 55
pimozide 46
pimtrea (28) 76
pindolol 50
pioglitazone 63
piperacillin-tazobactam 17
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM 17
PIQRAY 28
pirfenidone 81
PIRFENIDONE 81
pitavastatin calcium 52
PLENAMINE 84
plerixafor 69
pnv-dha 84
pnv-omega 84
pnv-select 84
podofilox 55
POLIVY 28
polymyxin b sulf-

trimethoprim 77
pomalidomide 28
POMALYST 28
portia 28 76
posaconazole 9
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 83
potassium chloride 83
POTASSIUM CHLORIDE 83
potassium chloride in 0.9%nacl 83
potassium chloride in 5 % dex 83
potassium chloride in lr-d5 83
potassium chloride in water 83
potassium chloride-0.45 % nacl 83
potassium chloride-d5-0.2%nacl 83
potassium chloride-d5-0.9%nacl 83
potassium citrate 82
POTELIGEO 28
pr natal 400 84
pr natal 400 ec 84
pr natal 430 84
pr natal 430 ec 84
PRALATREXATE 28
pramipexole 36
prasugrel hcl 52
pravastatin 52
praziquantel 15
prazosin 50
prednisolone 61
prednisolone acetate 79
prednisolone sodium phosphate 61, 79
prednisone 61
prednisone intensol 61
pregabalin 34
PREMARIN 74
premasol 10 % 84
prenatal plus (calcium carb) 84
prenatal vitamin plus low iron 85
PREVYMIS 11
PREZCOBIX 11
PREZISTA 11
PRIFTIN 15
PRIMAQUINE 15
primidone 34
PRIMIDONE 34
PRIORIX (PF) 70
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 63
probenecid 72
probenecid-colchicine 72
prochlorperazine 67
prochlorperazine edisylate 67
prochlorperazine maleate 67
procto-med hc 67
proctosol hc 67
proctozone-hc 67
progesterone micronized 74
PROGRAF 28
PROLASTIN-C 59
promethazine 79
propafenone 48
propranolol 50
propylthiouracil 61
PROQUAD (PF) 70
PROSOL 20 % 84
protriptyline 46
PULMOZYME 81
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 63
pyrazinamide 15
pyridostigmine bromide 38
pyrimethamine 15

Q

QINLOCK 28
QUADRACEL (PF) 70
quetiapine 46
QUETIAPINE 46
quinapril 50
quinapril-hydrochlorothiazide 50
quinidine sulfate 48
quinine sulfate 15

R

RABAVERT (PF) 70
RADICAVA 37
RALDESY 46
raloxifene 73
ramipril 50
ranolazine 53
rasagiline 36
reclipsen (28) 76
RECOMBIVAX HB (PF) 70
REMICADE 67
RENACIDIN 82
RENOVA 55
repaglinide 63, 64
REPATHA SURECLICK 52
REPATHA SYRINGE 52
RETACRIT 69
RETEVMO 28
RETROVIR 11
REVCOVI 59
REVUFORJ 28
REXTOVY 40
REXULTI 46
REYATAZ 11
REZDIFFRA 59
REZLIDHIA 28
REZUROCK 28
ribavirin 11, 12
rifabutin 15
rifampin 15
rifapentine 15
rilpivirine hcl 12
riluzole 59
rimantadine 12
ringer's 58, 83
RINVOQ 73
RINVOQ LQ 73
risperidone 46, 47
risperidone microspheres 46
ritonavir 12
rivaroxaban 52
rivastigmine 37
rivastigmine tartrate 37
rivelsa 76
rizatriptan 36
roflumilast 81
romidepsin 28
ROMVIMZA 28
ropinirole 36
rosuvastatin 52
rosyrah 76
ROTARIX 70
ROTATEQ VACCINE 70
roweepra 34
ROZLYTREK 28, 29
RUBRACA 29
rufinamide 34
RUKOBIA 12
RUXIENCE 29
RYBELSUS 64
RYBREVANT 29

RYBREVANT FASPRO.....29
RYDAPT.....29
RYLAZE.....29
S
sacubitril-valsartan.....53
sajazir.....81
SANCUSO.....67
SANTYL.....55
sapropterin.....64
SARCLISA.....29
SARCLISA ESCENA.....29
SCEMBLIX.....29
scopolamine base.....67
SECUADO.....47
selegiline hcl.....36
selenium sulfide.....54
SELZENTRY.....12
SEREVENT DISKUS.....81
sertraline.....47
setlakin.....76
sevelamer carbonate.....59
sharobel.....74
SHINGRIX (PF).....70
SIGNIFOR.....29
sildenafil.....82
sildenafil (pulm.hypertension).....81
silver sulfadiazine.....55
simliya (28).....76
simpesse.....76
SIMULECT.....29
simvastatin.....52
sirolimus.....29
SIRTURO.....15
sitagliptin phos-metformin.....64
sitagliptin phosphate.....64
SIVEXTRO.....16
SKYRIZI.....54, 67
sodium bicarbonate.....83
sodium chloride.....84
SODIUM CHLORIDE.....59, 84
sodium chloride 0.45 %.....84
sodium chloride 0.9 %.....59
sodium chloride 3 % hypertonic.....84
sodium chloride 5 % hypertonic.....84
sodium fluoride 5000 dry mouth.....60
sodium fluoride 5000 plus.....60
sodium fluoride-pot nitrate.....60
SODIUM OXYBATE.....47
sodium phenylbutyrate.....59
sodium polystyrene sulfonate.....59
sodium,potassium,mag sulfates.....67
solifenacin.....82
SOLIQUA 100/33.....64
SOLTAMOX.....29
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....61
SOMATULINE DEPOT.....29
SOMAVERT.....65
sorafenib.....29
sotalol.....48
sotalol af.....48
SOTYLIZE.....48
SPIRIVA RESPIMAT.....81
spironolactone.....50
spironolacton-hydrochlorothiaz.....50
SPRAVATO.....47
sprintec (28).....76
SPRITAM.....34
sps (with sorbitol).....59
ssd.....55
STAMARIL (PF).....70
STIVARGA.....29
STREPTOMYCIN.....16
STRIBILD.....12
SUBLOCADE.....40
subvenite.....34
SUBVENITE.....34
subvenite starter (blue) kit.....34
subvenite starter (green) kit.....34
subvenite starter (orange) kit.....35
SUCRAID.....67
sucralfate.....68
SUFLAVE.....67
sulfacetamide sodium.....78
sulfacetamide sodium (acne).....56
sulfacetamide-prednisolone.....78
sulfadiazine.....17
sulfamethoxazole-trimethoprim.....18
sulfasalazine.....67
sulindac.....40
sumatriptan.....36
sumatriptan succinate.....36
sunitinib malate.....29
SUNLENCA.....12
SUTAB.....67
syeda.....76
SYLVANT.....29
SYMPAZAN.....35
SYMTUZA.....12
SYNAREL.....65
SYNTHROID.....65
T
TABLOID.....29
TABRECTA.....29
tacrolimus.....29, 55
TACROLIMUS.....29
tadalafil.....82
TAFINLAR.....29
TAGRISSO.....29
TALICIA.....68
TALVEY.....29
TALZENNA.....29
tamoxifen.....29
tamsulosin.....82
tarina 24 fe.....76
tarina fe 1-20 eq (28).....77
taron-c dha.....85
TARPEYO.....61
tasimelteon.....47
tazarotene.....55
tazicef.....13
TECENTRIQ.....29
TECENTRIQ HYBREZA.....29
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....72
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....72
TECHLITE PEN NEEDLE.....72
TECVAYLI.....29
TEFLARO.....14
telmisartan.....50
telmisartan-amlodipine.....50
telmisartan-hydrochlorothiazid.....50
temazepam.....47
TEMODAR.....29
temsirolimus.....30
TENIVAC (PF).....70
tenofovir disoproxil fumarate.....12

TEPMETKO....30
terazosin....50
terbinafine hcl....9
terbutaline....81
terconazole....74
teriparatide....73
testosterone....65
TESTOSTERONE....65
testosterone cypionate....65
testosterone enanthate....65
tetrabenazine....37
tetracycline....18
TEVIMBRA....30
THALOMID....30
theophylline....81
thioridazine....47
thiotepa....30
thiothixene....47
tiadylt er....50
tiagabine....35
TIBSOVO....30
ticagrelor....52
TICE BCG....70
TICOVAC....70
tigecycline....16
tilia fe....77
timolol maleate....50, 77, 78
tinidazole....16
TIVDAK....30
TIVICAY....12
TIVICAY PD....12
tizanidine....38
TOBI PODHALER....16
tobramycin....77
tobramycin in 0.225 % nacl....16
tobramycin sulfate....16
tobramycin-dexamethasone....79
tolterodine....82
tolvaptan....65
tolvaptan (polycys kidney dis)....65
topiramate....35
TOPIRAMATE....35
topotecan....30
toremifene....30
torsemide....50
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR....64
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN....64
TRADJENTA....64
tramadol....40, 41
tramadol-acetaminophen....41
trandolapril....50
tranexamic acid....74
tranylcypromine....47
travasol 10 %....84
travoprost....78
TRAZIMERA....30
trazodone....47
TRELEGY ELLIPTA....81
TREMFYA....54
TREMFYA ONE-PRESS....54
TREMFYA PEN....54
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)....54
tretinoin....55
tretinoin (antineoplastic)....30
*triamcinolone acetonide*57, 58, 60, 61
triamterene-hydrochlorothiazid....50
trientine....59
tri-estarylla....77
trifluoperazine....47
trifluridine....77
TRIKAFTA....81
tri-legest fe....77
tri-linyah....77
tri-lo-estarylla....77
tri-lo-marzia....77
tri-lo-mili....77
tri-lo-sprintec....77
trimethoprim....18
tri-mili....77
trimipramine....47
trinatal rx 1....85
TRINTELLIX....47
tri-sprintec (28)....77
TRIUMEQ....12
TRIUMEQ PD....12
tri-vylibra....77
tri-vylibra lo....77
TRODELVY....30
TROGARZO....12
TROPHAMINE 10 %....84
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS....64
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS....64
TRUEPLUS INSULIN....72
TRUEPLUS PEN NEEDLE....72
TRULICITY....64
TRUMENBA....70
TRUQAP....30
TUKYSA....30
TURALIO....30
turqoz (28)....77
TWINRIX (PF)....70
tydemy....77
TYENNE....73
TYENNE AUTOINJECTOR....73
TYPHIM VI....70
TYVASO....81
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT....81
TYVASO REFILL KIT....81
TYVASO STARTER KIT....81
TZIELD....59

U

ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE....72
ULTRA-FINE PEN NEEDLE....72
UNIFINE PENTIPS....72
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW....72
UNIFINE PENTIPS PLUS....72
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW....72
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE....72
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE....72
unithroid....65
UNITUXIN....30
ursodiol....67

V

valacyclovir....12
VALCHLOR....55
valganciclovir....12
valproate sodium....35
valproic acid....35
valproic acid (as sodium salt)....35
valrubicin....30
valsartan....50
valsartan-hydrochlorothiazide....51
VALTOCO....35

valtya 77
vancomycin 16
VANCOMYCIN 16
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL 16
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 16
VANCOMYCIN-DILUENT COMBO NO.1 16
VANFLYTA 30
VAQTA (PF) 70
varenicline tartrate 60
VARENICLINE TARTRATE 60
VARIVAX (PF) 70
VAXCHORA VACCINE 70
VECTIBIX 30
VEKLURY 12
velivet triphasic regimen (28) 77
VEMLIDY 12
VENCLEXTA 30
VENCLEXTA STARTING PACK 30
venlafaxine 47
VENTOLIN HFA 81
VEPPANU 30
verapamil 51
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 72
VERQUVO 53
VERSACLOZ 47
VERZENIO 30
vestura (28) 77
vienva 77
vigabatrin 35
vigadrone 35
VIGAFYDE 35
vilazodone 47
VIMKUNYA (PF) 70
vinblastine 30
vincristine 30
vinorelbine 30
viorele (28) 77
VIRACEPT 12
VIREAD 12
VITAMIN D2 85
VITRAKVI 30
VIVITROL 41
VIVOTIF 70
volnea (28) 77
VONJO 31
VOQUEZNA DUAL PAK 68
VOQUEZNA TRIPLE PAK 68
VORANIGO 31
voriconazole 9
voriconazole-hpbcd 9
VOSEVI 12
VOWST 67
VRAYLAR 47
vyfemla (28) 77
vylibra 77
VYLOY 31
VYNDAMAX 53
VYVGART HYTRULO 38
VYXEOS 31

W

warfarin 52
water for irrigation, sterile 59
WEGOVY 59, 60
WELIREG 31
wera (28) 77
wescap-pn dha 85
wesnate dha 85
westab plus 85
westgel dha 85
WINREVAIR 82
wymzya fe 77

X

XALKORI 31
xarah fe 77
XATMEP 31
XCOPRI 35
XCOPRI MAINTENANCE PACK 35
XCOPRI TITRATION PACK 35
XDEMVY 78
xelria fe 77
XEMBIFY 70
XERMELO 31
XIAFLEX 60
XIFAXAN 16
XIIDRA 78
XOFLUZA 12
XOLAIR 82
XOSPATA 31
XPOVIO 31
XTANDI 31

Y

YERVOY 31
YF-VAX (PF) 70
YONDELIS 31
yulithira 31
yuvafem 74

Z

zafemy 74
zafirlukast 82
ZALTRAP 31
ZEJULA 31
ZELBORAF 31
ZENBEXUS 32
ZENPEP 67
ZEPOSIA 37
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) 37
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 37
ZEPZELCA 32
zidovudine 12
ZIIHERA 32
ziprasidone hcl 47
ziprasidone mesylate 47
ZIRABEV 32
ZIRGAN 77
zoledronic acid 65
zoledronic acid-mannitol-water 60
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL 65
ZOLINZA 32
zolpidem 47
ZONISADE 35
zonisamide 35
zovia 1-35 (28) 77
ZTALMY 35
ZTLIDO 55
zumandimine (28) 77
ZURZUVAE 47
ZYDELIG 32
ZYKADIA 32
ZYMFENTRA 68
ZYNLONTA 32
ZYNYZ 32

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

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 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.