



Lista completa de medicamentos (Formulario) 2022

Rocky Mountain Health Plans CareAdvantage Value (HMO)
Rocky Mountain Health Plans CareAdvantage Enhanced (HMO)

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



Llamada gratuita: **1-888-282-1420, TTY 711**

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



www.rmhpMedicare.org

United
Healthcare



Índice

¿Qué es una lista de medicamentos?.....	3
Nota para los miembros actuales:	3
¿Cómo puedo buscar un medicamento en la lista de medicamentos?	4
¿Qué son los medicamentos genéricos?	4
¿Qué es un medicamento compuesto?	4
Etapas de pago de medicamentos y niveles de medicamentos.....	5
Programa Ayuda Adicional	6
¿Hay alguna regla o límite en mi cobertura de medicamentos?	7
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en esta lista?.....	9
¿Cómo puedo obtener una excepción?.....	9
¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?	10
¿La lista de medicamentos puede cambiar?	11
Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes	13
Medicamentos cubiertos listados por nombre	
(Índice de Medicamentos)	14
Medicamentos cubiertos listados por categoría	34
Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL)	110
Medicamentos cubiertos adicionales	144

¿Preguntas?

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



Llamada gratuita: **1-888-282-1420**, TTY **711**

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

¿Qué es una lista de medicamentos?

Una lista de medicamentos, o Formulario, es una lista de los medicamentos con receta que cubre su plan. Su plan y un equipo de proveedores de cuidado de la salud colaboran en la selección de los medicamentos que se necesitan para ofrecer cuidado y tratamiento integrales.

Su plan generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos, siempre y cuando:

- El medicamento se use para una indicación médicamente aceptada
- La receta se surta en una farmacia de la red, y
- Se sigan otras reglas del plan

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos, consulte su Evidencia de Cobertura.

Nota para los miembros actuales:

Esta lista **completa** de los medicamentos con receta que cubre su plan está actualizada al 1 de octubre de 2021.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Esta lista de medicamentos cambió con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que sus medicamentos con receta aún estén cubiertos. En la mayoría de los casos, usted debe usar farmacias de la red para que el plan cubra sus medicamentos con receta.

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta lista de medicamentos, se refieren a Rocky Mountain Health Plans. Cuando dice “el plan”, “nuestro plan” o “su plan”, se refiere a Rocky Mountain Health Plans CareAdvantage plans.

¿Cómo puedo buscar un medicamento en la lista de medicamentos?

Hay 2 formas de encontrar sus medicamentos con receta en esta lista de medicamentos:

1. **Por nombre.** Para ver la lista de nombres de medicamentos en orden alfabético, consulte la sección “Medicamentos cubiertos listados por nombre (**Índice de Medicamentos**)” en las páginas 14-33. Busque el nombre de su medicamento. Al lado del medicamento está el número de página donde se encuentra.
2. **Por condición médica.** Consulte la sección “Medicamentos cubiertos listados por categoría” en las páginas 34-109. Los medicamentos de esta lista de medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, si usted tiene una condición cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las condiciones cardíacas.



¿No puede encontrar su medicamento?

Para consultar la lista de medicamentos completa, visite el sitio web de nuestro plan en www.rmhpMedicare.org. Puede usar las herramientas disponibles en Internet para buscar sus medicamentos. Esta información se actualiza con frecuencia.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Nuestro plan cubre medicamentos tanto genéricos como de marca.

Hable con su médico para saber si alguno de los medicamentos de marca que usted toma tiene versiones genéricas. Luego, revise la lista de medicamentos para asegurarse de que está tomando el medicamento que necesita por la menor cantidad de dinero.

En la lista de medicamentos, los medicamentos **de marca (B)** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos (G) aparecen en letra normal (por ejemplo, Simvastatin).

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes a fin de crear un medicamento con receta personalizado de tal manera que satisfaga las necesidades de un paciente en particular. Es posible que los medicamentos compuestos cumplan los requisitos para ser incluidos en la Parte D. Para obtener más información sobre los medicamentos compuestos, consulte su Evidencia de Cobertura.

Etapa de pago de medicamentos y niveles de medicamentos

La cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubierto dependerá de:

- **La etapa de pago de medicamentos en que usted se encuentre.** Su plan tiene diferentes etapas de cobertura de medicamentos. Cuando usted surte una receta, la cantidad que paga depende de la etapa de cobertura en la que usted se encuentre.
- **El nivel de su medicamento.** Cada medicamento cubierto pertenece a 1 de 5 niveles de medicamentos. A cada nivel le corresponde una cantidad de copago o coseguro. El siguiente cuadro muestra las diferencias entre los niveles.

Para obtener ayuda o si tiene alguna pregunta sobre los costos de sus medicamentos, consulte su Evidencia de Cobertura o llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Nivel del medicamento	Incluye
Nivel 1: Genéricos preferidos	Medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.
Nivel 2: Genéricos	Muchos medicamentos genéricos.
Nivel 3: De marca preferidos	Muchos medicamentos de marca comunes, llamados medicamentos de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
Medicamentos de Insulina Selectos*	Medicamentos de Insulina Selectos con un copago máximo de \$35 durante la Etapa Sin Cobertura.
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y de marca no preferidos.
Nivel 5: De especialidad	Medicamentos de marca y genéricos, muy especiales o de un costo muy alto.

*Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o “Intervalo en la Cobertura” de su beneficio. Pagará el 5% del costo de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”).

Además, su plan ha agregado la cobertura de algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare. Para la lista de estos medicamentos, consulte la sección “Medicamentos cubiertos adicionales” en la página 144.

Programa Ayuda Adicional

Si califica para el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, es posible que sus copagos y coseguros sean más bajos. Los miembros que cumplen los requisitos del programa Ayuda Adicional recibirán la “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (la “Cláusula Adicional LIS”). Léala para saber sus costos. También puede llamar a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

¿Hay alguna regla o límite en mi cobertura de medicamentos?

Sí, es posible que algunos medicamentos tengan reglas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” del cuadro “Medicamentos cubiertos listados por categoría” que comienza en la página 34. Los códigos y sus significados aparecen a continuación y en la página siguiente.

También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las reglas de cobertura o los límites que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en Internet que explican las restricciones de preautorización y terapia escalonada. Si desea que le enviemos una copia, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Reglas y límites de la cobertura

PA = Preautorización

El plan requiere que usted o su médico obtengan la preaprobación para ciertos medicamentos. Esto significa que el plan necesita más información de parte de su médico para asegurarse de que el medicamento se esté usando y esté cubierto correctamente por Medicare para su condición médica. Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare (cuidado médico y cuidado de la salud para pacientes ambulatorios) o la Parte D de Medicare (medicamentos con receta) según su uso. Si no obtiene la preaprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

QL = Límites de cantidad

El plan solamente cubrirá una cierta cantidad de este medicamento por 1 copago o durante una cierta cantidad de días. Estos límites se aplican para garantizar el uso seguro y eficaz del medicamento. Si su médico le receta una cantidad mayor que esta o cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra la cantidad adicional.

ST = Terapia escalonada

Puede haber medicamentos eficaces de menor costo que tratan la misma condición médica que este medicamento. Quizás sea necesario que primero pruebe 1 o más de estos medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si ya probó otros medicamentos o si su médico cree que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra este medicamento.

Usted y su médico pueden pedir al plan que haga una excepción a las reglas de cobertura o a los límites de su medicamento. Para obtener más información, consulte la sección “¿Cómo puedo obtener una excepción?” en la página 9 o consulte su Evidencia de Cobertura.

Si no obtiene aprobación del plan antes de surtir una receta de un medicamento que tiene reglas de cobertura o límites, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.

Otras reglas de cobertura especiales

B/D = Parte B o Parte D de Medicare

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

LA = Acceso limitado

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

MME = Equivalente a miligramos de morfina

Es posible que se apliquen límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) acumulativo y está diseñado para monitorear los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra la cantidad adicional.

7D = Límite de 7 días

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

DL = Límite de suministro

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

ISSP = Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada

Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o “Intervalo en la Cobertura” de su beneficio. Pagará el 5% del costo de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”).

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en esta lista?

Aunque su medicamento no esté incluido en esta lista de medicamentos, es posible que aún lo cubramos. Llame a Servicio al Cliente para preguntar si está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, se encuentra en la portada.

Si se entera de que su medicamento no está cubierto, puede elegir una de las siguientes opciones:

1. **Pedir a Servicio al Cliente una lista** de medicamentos similares que cubra el plan. Cuando obtenga la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento cubierto.
2. **Pedir al plan que haga una excepción** y cubra su medicamento. Revise la siguiente sección para obtener más información sobre las excepciones.

¿Cómo puedo obtener una excepción?

A veces, es posible que usted necesite solicitar la cobertura de un medicamento que normalmente el plan no cubre. Esto se llama pedir una excepción. En este caso, el plan revisará su solicitud y le comunicará una decisión de cobertura. A esto se le llama determinación de cobertura.

Tipos de excepciones que usted puede pedir

- **Excepción a la lista de medicamentos:** Pedir al plan que cubra su medicamento, aunque no esté en la lista de medicamentos. Si se aprueba, el medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado. Usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- **Excepción de utilización:** Pedir al plan que modifique las reglas de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedir al plan que cambie el límite y cubra una cantidad mayor.
- **Excepción de nivel:** Pedir al plan que cubra su medicamento en nuestra lista a un nivel de costo compartido más bajo, si este medicamento no está en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo por su medicamento.

Es posible que el plan apruebe su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos cubiertos no serían tan eficaces para tratar su condición o si causarían efectos médicos adversos.

¿Quién puede pedir una excepción?

Usted, su representante autorizado o su médico pueden pedir una excepción si llaman a Servicio al Cliente. Su médico debe darnos una declaración de respaldo con el motivo de la excepción.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Una vez que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos la decisión dentro de las 72 horas. Usted puede solicitar una decisión rápida si usted o su médico piensan que su salud podría deteriorarse gravemente si se esperan 72 horas. Si se aprueba su solicitud de revisión rápida, le comunicaremos una decisión dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.

¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?

Como miembro nuevo o existente del plan, es posible que cubramos un suministro temporal de su medicamento si dicho medicamento no aparece en nuestra lista de medicamentos o si el medicamento tiene reglas o límites. Por ejemplo, tal vez requiera preautorización de nuestra parte antes de surtir su receta. Mientras recibe el suministro temporal del medicamento, hable con su médico para determinar si existe un medicamento similar en la lista de medicamentos del plan que usted pueda tomar. Si usted y su médico deciden que este es el único medicamento que le servirá a usted, entonces deberá solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte su Evidencia de Cobertura.

Es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía. El siguiente cuadro indica qué cantidad de su medicamento podemos cubrir mientras usted pide una excepción.

Si usted...	Y...	Es posible que cubramos...
es un miembro nuevo desde hace menos de 90 días O fue miembro el año pasado y está dentro de los primeros 90 días del año de su plan	no está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 30 días
	está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 31 días
ha estado en el plan durante más de 90 días	está en un asilo de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente	un suministro de emergencia de al menos 31 días
está pasando por un cambio en su nivel de cuidado, por ejemplo, será trasladado de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, en cualquier momento del año	no está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 30 días
	está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 31 días

La receta se debe surtir en una farmacia de la red. Si su receta es por menos días, permitiremos resurtidos que proporcionen un suministro de al menos el número de días indicado en el cuadro de arriba. (Nota: La farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar el desperdicio.)

Después de este suministro temporal o de emergencia, no pagaremos más su medicamento a menos que usted reciba la autorización del plan.

¿La lista de medicamentos puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero. Es posible que necesitemos hacer cambios durante el año del plan por razones de seguridad o de otra índole que pueden afectarle. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos, si decidimos reemplazarlo por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones.

Si usted actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le comuniquemos el cambio por adelantado, sino que más adelante le proporcionemos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la lista de medicamentos; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. O, podríamos hacer cambios a partir de nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, agregamos un requisito de preautorización, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los miembros afectados.

Notificaremos a los miembros al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual usted recibirá al menos un suministro de 30 días como mínimo del medicamento.

Si agregamos nuevos medicamentos genéricos o hacemos otros cambios, usted o su profesional que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción; usted además puede buscar información en la sección “¿Cómo puedo obtener una excepción?” en la página 9.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es eficaz o no es seguro, le avisaremos y lo quitaremos inmediatamente de la lista de medicamentos.

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento

Por lo general, si usted está tomando un medicamento de esta lista de medicamentos que estaba cubierto al principio del año, no quitaremos ni reduciremos su cobertura durante el año, excepto según lo descrito anteriormente. No recibirá un aviso este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios sí le afectarán; por lo tanto, es importante que revise la lista de medicamentos por cualquier cambio en los medicamentos para el nuevo año del plan.

Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes

Medicamentos envasados con un suministro extendido de días

Algunos medicamentos vienen envasados de fábrica con un suministro de más de 1 mes. Cuando usted surte estos medicamentos, es posible que tenga que pagar más de 1 copago o coseguro por una sola receta. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Costo compartido diario de medicamentos orales surtidos por menos de un suministro de 1 mes

Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de suministro en un mes.

El costo compartido diario se aplica únicamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (por ejemplo, una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de 1 mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de costo compartido diario no se aplican a ninguno de los siguientes medicamentos:

1. Dosis orales sólidas de antibióticos.
2. Dosis orales sólidas suministradas en su envase original, o que generalmente se suministran en su envase original para ayudar a los pacientes a cumplir con las instrucciones de uso y dosificación.

Para obtener más información

Si desea información más detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de su plan, consulte su Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de medicamentos con receta de su plan, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos, se encuentra en la portada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, visite www.medicare.gov o llame a Medicare al 1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicamentos cubiertos listados por nombre (Índice de Medicamentos)

A		
	Advair Diskus	108
Abacavir Sulfate	62	
Abacavir Sulfate -Lamivudine	62	
Abacavir -Lamivudine -Zidovudine	62	
Abelcet	49	
Abilify Maintena	58	
Abiraterone Acetate	51	
Acamprosate Calcium	37	
Acarbose	64	
Accutane	78	
Acebutolol HCl	70	
Acetaminophen -Caffeine -Dihydrocodeine	35	
Acetaminophen -Codeine	35	
Acetazolamide	72	
Acetazolamide ER	72	
Acetic Acid	105	
Acetylcysteine	108	
Acitretin	78	
ActHIB	99	
Actemra	96	
Actemra ACTPen	96	
Actimmune	97	
Acyclovir	61	
Acyclovir Sodium	61	
Adacel	99	
Adapalene	78	
Adefovir Dipivoxil	60	
Adempas	107	
	Advair HFA	108
	Afinitor	53
	Afinitor Disperz	53
	Aimovig	50
	Ala -Cort	78
	Albendazole	56
	Albuterol Sulfate	106
	Albuterol Sulfate HFA	106
	Alclometasone Dipropionate	78
	Alcohol Prep Pads.....	102
	Alecensa	53
	Alendronate Sodium	101
	Alfuzosin HCl ER	88
	Aliskiren Fumarate	72
	Allopurinol	49
	Alocril	102
	Alomide	102
	Alosetron HCl	85
	Alphagan P	104
	Alprazolam	64
	Altavera	89
	Alunbrig	53
	Alyacen 1/35	89
	Alyq	107
	AmBisome	49
	Amantadine HCl	57
	Ambrisentan	107
	Amethia	89
	Amikacin Sulfate	38
	Amiloride HCl	74
	Amiloride -Hydrochlorothiazide	72
	Aminosyn II	82
	Aminosyn -PF	82
	Amiodarone HCl	70
	Amitriptyline HCl	48
	Amlodipine Besylate	71
	Amlodipine -Atorvastatin	72
	Amlodipine -Benazepril	72
	Amlodipine -Olmesartan	72
	Amlodipine -Valsartan	72
	Amlodipine -Valsartan -HCTZ	72
	Ammonium Lactate	78
	Amnesteem	78
	Amoxapine	48
	Amoxicillin	40
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate	41
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate ER	40
	Amphetamine -Dextroamphetamine	76
	Amphetamine -Dextroamphetamine ER	76
	Amphotericin B	49
	Ampicillin	41
	Ampicillin Sodium	41
	Ampicillin -Sulbactam Sodium	41
	Anagrelide HCl	68

Anastrozole	53	Atovaquone -Proguanil HCl	56	Belsomra	109
Androderm	89	Atropine Sulfate	102	Benazepril HCl	70
Anoro Ellipta	108	Atrovent HFA	106	Benazepril -Hydrochlorothiazide	72
Apokyn	57	Aubagio	77	Benlysta	96
Apraclonidine HCl	104	Aubra EQ	90	Benznidazole	56
Aprepitant	48	Auryxia	84	Benzoyl Peroxide -Erythromycin	78
Apri	89	Austedo	76	Benzotropine Mesylate	56
Apriso	100	Aviane	90	Bepotastine Besilate	102
Aptiom	45	Avonex Pen	77	Bepreve	103
Aptivus	63	Avonex Prefilled	77	Berinert	95
Aralast NP	86	Ayvakit	53	Besivance	103
Aranelle	90	Azathioprine	97	Betamethasone Dipropionate	79
Aranesp	68	Azelaic Acid	78	Betamethasone Dipropionate Aug .	79
Arcalyst	96	Azelastine HCl	105	Betamethasone Valerate .	79
Aripiprazole	58	Azelastine -Fluticasone	105	Betaseron	77
Aripiprazole ODT	58	Azithromycin	42	Betaxolol HCl	104
Aristada	58	Aztreonam	38	Bethanechol Chloride	88
Aristada Initio	58	B		Betimol	104
Armodafinil	109	BCG Vaccine	99	Bevespi Aerosphere	108
Arnuity Ellipta	105	BIVIGAM	95	Bexarotene	56
Asenapine Maleate	58	BRIVIACT	43	Bexsero	99
Ashlyna	90	Bacitracin	103	BiDil	72
Aspirin -Dipyridamole ER	69	Bacitracin -Polymyxin B	103	Bicalutamide	51
Atazanavir Sulfate	63	Baclofen	60	Bicillin C -R	41
Atenolol	70	Balsalazide Disodium	100	Bicillin C -R 900/300	41
Atenolol -Chlorthalidone	72	Balversa	53	Bicillin L -A	41
Atomoxetine HCl	76	Balziva	90	Biktarvy	61
Atorvastatin Calcium	74	Baqsimi One Pack	66	Bisoprolol Fumarate	71
Atovaquone	56	Baraclude	60		

Bisoprolol -Hydrochlorothiazide73	Bydureon BCise64	Carteolol HCl 104
Blisovi 24 Fe90	Byetta 10mcg Pen65	Cartia XT71
Blisovi Fe 1.5/3090	Byetta 5mcg Pen65	Carvedilol71
Boostrix99	Bystolic71	Cayston 106
Bosentan 107	C	Caziant90
Bosulif53	Cabergoline94	Cefaclor39
Braftovi53	Cablivi69	Cefadroxil39
Breo Ellipta 108	Cabometyx53	Cefazolin Sodium39
Breztri Aerosphere 108	Calcipotriene80	Cefdinir39
Briellyn90	Calcitonin Salmon 101	Cefepime HCl39
Brilinta69	Calcitriol 101	Cefixime39
Brimonidine Tartrate 104	Calcium Acetate84	Cefotetan Disodium39
Brinzolamide 104	Calquence53	Cefoxitin Sodium40
Bromocriptine Mesylate57	Camila93	Cefpodoxime Proxetil40
Brukinsa53	Camrese Lo90	Cefprozil40
Budesonide 105	Candesartan Cilexetil70	Ceftazidime40
Budesonide ER 101	Candesartan Cilexetil -HCTZ73	Ceftriaxone Sodium40
Bumetanide74	Caplyta58	Cefuroxime Axetil40
Buprenorphine35	Caprelsa53	Cefuroxime Sodium40
Buprenorphine HCl37	Captopril70	Celecoxib34
Buprenorphine HCl -Naloxone HCl37	Carbaglu82	Celontin44
Bupropion HCl46	Carbamazepine45	Cephalexin40
Bupropion HCl SR46	Carbamazepine ER45	Cetirizine HCl 105
Bupropion HCl XL46	Carbidopa57	Chantix37
Buspirone HCl64	Carbidopa -Levodopa57	Chantix Continuing Month Pak37
Butalbital -Acetaminophen -Caffeine35	Carbidopa -Levodopa ER57	Chantix Starting Month Pak .37
Butalbital -Aspirin -Caffeine . .36	Carbidopa -Levodopa ODT ..57	Chemet84
Butorphanol Tartrate36	Carbidopa -Levodopa -Entacapone57	Chenodal85

Chlordiazepoxide HCl	64	Clenpiq	85	Colestipol HCl	75
Chlorhexidine Gluconate	78	Climara Pro	90	Colistimethate Sodium	38
Chloroquine Phosphate	56	Clindacin -P	81	Combigan	102
Chlorpromazine HCl	57	Clindamycin HCl	38	Combivent Respimat	108
Chlorthalidone	74	Clindamycin Palmitate HCl	38	Cometriq	53
Chlorzoxazone	108	Clindamycin Phosphate	81	Complera	61
Cholbam	86	Clindamycin Phosphate in D5W	38	Compro	48
Cholestyramine	74	Clindamycin Phosphate -Benzoyl Peroxide	78	Constulose	85
Cholestyramine Light	74	Clobazam	44	Copiktra	53
Ciclopirox	81	Clobetasol Propionate	79	Cordran	79
Ciclopirox Olamine	81	Clobetasol Propionate Emollient Base	79	Corlanor	73
Cilostazol	69	Clodan	79	Cosentyx	96
Ciloxan	103	Clomipramine HCl	48	Cosentyx Sensoready	96
Cimduo	62	Clonazepam	64	Cotellic	53
Cimetidine	86	Clonazepam ODT	64	Creon	87
Cimetidine HCl	86	Clonidine	69	Crinone	93
Cimzia	97	Clonidine HCl	69	Cromolyn Sodium	107
Cimzia Prefilled	97	Clonidine HCl ER	76	Cryselle -28	90
Cinacalcet HCl	101	Clopidogrel Bisulfate	69	Cuvposa	85
Cinryze	95	Clorazepate Dipotassium	64	Cyclafem 1/35	90
Cipro HC	105	Clotrimazole	81	Cyclafem 7/7/7	90
Ciprofloxacin HCl	103	Clotrimazole -Betamethasone	80	Cyclobenzaprine HCl	108
Ciprofloxacin in D5W	42	Clozapine	60	Cyclophosphamide	51
Ciprofloxacin -Dexamethasone	105	Clozapine ODT	60	Cycloset	65
Citalopram Hydrobromide	47	Coartem	56	Cyclosporine	97
Claravis	78	Codeine Sulfate	36	Cyclosporine Modified	97
Clarithromycin	42	Colchicine	50	Cyproheptadine HCl	105
Clarithromycin ER	42	Colesevelam HCl	75	Cyred EQ	90
				Cystadane	87

Cystagon	87	Dexamethasone	88	Diltiazem HCl	72
Cystaran	102	Dexamethasone Sodium Phosphate	103	Diltiazem HCl ER	72
D					
Dalfampridine ER	77	Dexilant	86	Diltiazem HCl ER Beads	71
Daliresp	107	Dexmethylphenidate HCl	76	Diltiazem HCl ER Coated Beads	72
Dalvance	38	Dexmethylphenidate HCl ER	76	Dimethyl Fumarate	77
Danazol	89	Dextroamphetamine Sulfate	76	Dimethyl Fumarate Starter Pack	77
Dantrolene Sodium	60	Dextroamphetamine Sulfate ER	76	Dipentum	100
Dapsone	51	Dextrose	82	Diphenoxylate -Atropine	85
Daptacel	99	Dextrose -NaCl	82	Diphtheria -Tetanus Toxoids DT	99
Daptomycin	38	Diacomit	45	Disulfiram	37
Daurismo	53	Diazepam	64	Diuril	74
Deblitane	93	Diazepam Intensol	64	Divalproex Sodium	64
Deferasirox	84	Diazoxide	66	Divalproex Sodium ER	64
Deferasirox Granules	84	Diclofenac Epolamine	34	Dofetilide	70
Deferiprone	84	Diclofenac Potassium	34	Dolishale	90
Delstrigo	62	Diclofenac Sodium	103	Donepezil HCl	46
Demeclocycline HCl	43	Diclofenac Sodium ER	34	Donepezil HCl ODT	46
Demser	73	Dicloxacillin Sodium	41	Dorzolamide HCl	104
Depo -Estradiol	90	Dicyclomine HCl	85	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate	102
Descovy	62	Difcid	42	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate Preservative Free	102
Desipramine HCl	48	Diflunisal	34	Dovato	61
Desmopressin Acetate	89	Digitek	73	Doxazosin Mesylate	69
Desmopressin Acetate Spray	89	Digox	73	Doxepin HCl	79
Desogestrel -Ethinyl Estradiol	90	Digoxin	73	Doxercalciferol	101
Desonide	79	Dihydroergotamine Mesylate	50	Doxy 100	43
Desoximetasone	79	Dilantin	45	Doxycycline Hyclate	43
Desvenlafaxine Succinate ER	47	Dilantin INFATABS	45	Doxycycline Monohydrate	43
		Dilt -XR	72	Drizalma Sprinkle	76

Dronabinol	48	Emtricitabine -Tenofovir		Errin	93
Drospirenone -Ethinyl Estradiol		Disoproxil Fumarate	62	Ertapenem Sodium	42
.....	90	Emtriva	62	Ery	81
Droxia	52	Enalapril Maleate	70	Erythrocin Lactobionate	42
Droxidopa	69	Enalapril -Hydrochlorothiazide .		Erythromycin	103
Duavee	90	73	Erythromycin Base	42
Dulera	108	Enbrel	98	Erythromycin Ethylsuccinate .	
Duloxetine HCl	77	Enbrel Mini	97	42
Dutasteride	88	Enbrel SureClick	98	Esbriet	107
Dymista	105	Endocet	36	Escitalopram Oxalate	47
E					
Econazole Nitrate	81	Engerix -B	99	Esomeprazole Magnesium .	86
Edarbi	70	Enoxaparin Sodium	68	Estarylla	90
Edarbyclor	73	Enpresse -28	90	Estradiol	90
Edurant	62	Enskyce	90	Estradiol Valerate	90
Efavirenz	62	Entacapone	57	Estring	90
Efavirenz -Emtricitabine		Entecavir	60	Eszopiclone	109
-Tenofovir	62	Entresto	73	Ethacrynic Acid	74
Efavirenz -Lamivudine		Enulose	85	Ethambutol HCl	51
-Tenofovir	62	Envarsus XR	98	Ethosuximide	44
Egrifta SV	89	Epclusa	61	Ethynodiol Diacetate -Ethinyl	
Elestrin	90	Epidiolex	43	Estradiol	90
Eliquis	68	Epinephrine	106	Etodolac	34
Eliquis Starter Pack	68	Epitol	45	Etodolac ER	34
Elmiron	88	Epivir HBV	61	Etonogestrel -Ethinyl Estradiol .	
EluRyng	90	Eplerenone	74	90
Emcyt	52	Ergotamine -Caffeine	50	Etravirine	62
Emgality	50	Erivedge	53	Euthyrox	94
Emoquette	90	Erleada	51	Everolimus	98
Emsam	47	Erlotinib HCl	53	Evotaz	63
Emtricitabine	62			Exemestane	53
				Ezetimibe	75

Ezetimibe -Simvastatin	75	Fintepla	44	Fluvastatin Sodium ER	74
F					
FML	104	Firmagon	94	Fluvoxamine Maleate	47
FML Forte	104	Flac	105	Fondaparinux Sodium	68
Falmina	90	Flarex	103	Formoterol Fumarate	106
Famciclovir	61	Flebogamma DIF	96	Forteo	101
Famotidine	86	Flecainide Acetate	70	Fosamprenavir Calcium	63
Fanapt	58	Flovent Diskus	105	Fosinopril Sodium	70
Fanapt Titration Pack	58	Flovent HFA	105	Fosinopril Sodium -HCTZ	73
Farxiga	65	Fluconazole	49	Fotivda	52
Farydak	53	Fluconazole in Sodium Chloride	49	Furosemide	74
Fasenra	108	Flucytosine	49	Fuzeon	63
Fasenra Pen	108	Fludrocortisone Acetate	88	Fyavolv	91
Fayosim	90	Flunisolide	105	Fycompa	44
Febuxostat	50	Fluocinolone Acetonide	105	G	
Felbamate	43	Fluocinolone Acetonide Scalp	79	Gabapentin	45
Felodipine ER	71	Fluocinonide	80	Galantamine Hydrobromide	46
Femring	90	Fluocinonide Emulsified Base	79	Galantamine Hydrobromide ER	46
Femynor	90	Fluorometholone	103	Gammagard	96
Fenofibrate	74	Fluorouracil	80	Gammagard S/D Less IgA	96
Fenofibrate Micronized	74	Fluoxetine HCl	47	Gammaked	96
Fenofibric Acid	74	Fluphenazine Decanoate	57	Gammalex	96
Fentanyl	35	Fluphenazine HCl	58	Gamunex -C	96
Fentanyl Citrate	36	Flurbiprofen	34	Gardasil 9	99
Ferriprox	84	Flurbiprofen Sodium	103	Gatifloxacin	103
Fetzima	47	Flutamide	51	Gattex	85
Fetzima Titration	47	Fluticasone Propionate	105	Gauze	102
Finacea	78	Fluticasone -Salmeterol	108	GaviLyte -C	85
Finasteride	88	Fluvastatin Sodium	74	GaviLyte -G	85

GaviLyte -N with Flavor Pack	85	Gvoke PFS	66	Humulin 70/30 KwikPen	67
Gavreto	53	H		Humulin N	67
Gemfibrozil	74	Haegarda	95	Humulin N KwikPen	67
Generlac	85	Hailey 24 Fe	91	Humulin R	67
Gengraf	98	Halobetasol Propionate	80	Humulin R U -500	67
Genotropin	89	Haloperidol	58	Humulin R U -500 KwikPen .	67
Genotropin MiniQuick	89	Haloperidol Decanoate	58	Hydralazine HCl	75
Gentak	103	Haloperidol Lactate	58	Hydrochlorothiazide	74
Gentamicin Sulfate	103	Havrix	99	Hydrocodone -Acetaminophen	36
Gentamicin Sulfate -0.9% Sodium Chloride	38	Heparin Sodium	68	Hydrocodone -Ibuprofen	36
Genvoya	61	HepatAmine	82	Hydrocortisone	101
Gilenya	77	Hetlioz	109	Hydrocortisone Butyrate	80
Gilotrif	53	Hetlioz LQ	109	Hydrocortisone Valerate	80
Glassia	87	Hiberix	99	Hydrocortisone -Acetic Acid	105
Glatiramer Acetate	77	Humalog	66	Hydromorphone HCl	36
Glatopa	77	Humalog Junior KwikPen	66	Hydromorphone HCl ER	35
Glimepiride	65	Humalog KwikPen	66	Hydromorphone HCl Preservative Free	36
Glipizide	65	Humalog Mix 50/50	66	Hydroxychloroquine Sulfate .	56
Glipizide ER	65	Humalog Mix 50/50 KwikPen	66	Hydroxyurea	52
Glipizide -Metformin HCl	65	Humalog Mix 75/25	66	Hydroxyzine HCl	64
GlucaGen HypoKit	66	Humalog Mix 75/25 KwikPen	66	Hydroxyzine Pamoate	64
Glucagon	66	Humira	98	I	
Glyxambi	65	Humira Pediatric Crohns Start	98	IDHIFA	52
Granisetron HCl	48	Humira Pen	98	IPOL	99
Griseofulvin Microsize	49	Humira Pen Crohns Disease Starter	98	Ibandronate Sodium	101
Griseofulvin Ultramicrosize ...	49	Humira Pen Psoriasis Starter	98	Ibrance	54
Guanfacine HCl ER	76	Humira Pen -Pediatric UC Start	98	Ibu	34
Gvoke HypoPen 2 -Pack	66	Humulin 70/30	67	Ibuprofen	34

Icatibant Acetate	95	Insulin jeringas, agujas.....	102	Jantoven	68
Iclevia	91	Intelence	62	Janumet	65
Iclusig	54	Intralipid	82	Janumet XR	65
Icosapent Ethyl	75	Intron A	97	Januvia	65
Ilevro	104	Introvale	91	Jardiance	65
Imatinib Mesylate	54	Invega Sustenna	59	Jasmiel	91
Imbruvica	54	Invega Trinza	59	Jentaduetto	65
Imipenem -Cilastatin	42	Invirase	63	Jentaduetto XR	65
Imipramine HCl	48	Ipratropium Bromide	106	Jinteli	91
Imipramine Pamoate	48	Ipratropium -Albuterol	108	Jublia	81
Imiquimod	80	Irbesartan	70	Juleber	91
Imovax Rabies	99	Irbesartan -Hydrochlorothiazide	73	Juluca	61
Impavido	56	Iressa	54	Junel 1.5/30	91
Imvexxy Maintenance Pack ..	91	Isentress	61	Junel 1/20	91
Imvexxy Starter Pack	91	Isentress HD	61	Junel Fe 1.5/30	91
Incassia	93	Isibloom	91	Junel Fe 1/20	91
Increlex	89	Isolyte -P in D5W	82	Junel Fe 24	91
Incruse Ellipta	106	Isolyte -S pH 7.4	82	Juxtapid	75
Indapamide	74	Isoniazid	51	K	
Indomethacin	34	Isosorbide Dinitrate	75	KCl in Dextrose -NaCl	82
Infanrix	99	Isosorbide Mononitrate	75	KCl -Lactated Ringers -D5W ..	82
Ingrezza	76	Isosorbide Mononitrate ER ..	75	Kaitlib Fe	91
Inlyta	54	Isotretinoin	78	Kalydeco	106
Inqovi	54	Isturisa	94	Kariva	91
Inrebic	54	Itraconazole	49	Kelnor 1/35	91
Insulin Lispro	67	Ivermectin	56	Kelnor 1/50	91
Insulin Lispro Junior KwikPen ..	67	Ixiaro	99	Ketoconazole	81
Insulin Lispro Prot & Lispro ..	67	J		Ketoprofen	34
		Jakafi	54	Ketorolac Tromethamine ...	104

Kineret	96	Lantus SoloStar	67	Levo -T	94
Kinrix	99	Lapatinib Ditosylate	54	Levobunolol HCl	104
Kisqali	54	Larissia	91	Levocarnitine	87
Kisqali Femara	54	Lastacaft	103	Levocetirizine Dihydrochloride	105
Klor -Con	83	Latanoprost	104	Levofloxacin	103
Klor -Con 10	82	Latuda	59	Levofloxacin in D5W	42
Klor -Con 8	83	Layolis Fe	91	Levonest	91
Klor -Con M10	82	Leena	91	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol	91
Klor -Con M15	83	Leflunomide	98	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol .	91
Klor -Con M20	83	Lenvima 10mg Daily Dose ...	54	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol 91 -Day	91
Korlym	89	Lenvima 12mg Daily Dose ...	54	Levora 0.15/30	91
Koselugo	54	Lenvima 14mg Daily Dose ...	54	Levorphanol Tartrate	35
Kurvelo	91	Lenvima 18mg Daily Dose ...	54	Levothyroxine Sodium	94
Kynmobi	57	Lenvima 20mg Daily Dose ...	54	Levoxyl	94
L		Lenvima 24mg Daily Dose ...	54	Lexiva	63
LARIN 1.5/30	91	Lenvima 4mg Daily Dose	54	Lidocaine	37
LARIN 1/20	91	Lenvima 8mg Daily Dose	54	Lidocaine HCl	37
LARIN Fe 1.5/30	91	Lessina	91	Lidocaine HCl	37
LARIN Fe 1/20	91	Letrozole	53	Lidocaine Viscous	37
Labetalol HCl	71	Leucovorin Calcium	56	Lidocaine -Prilocaine	37
Lacrisert	102	Leukeran	51	Linezolid	38
Lactulose	85	Leukine	68	Linzess	85
Lamivudine	62	Leuprolide Acetate	94	Liothyronine Sodium	94
Lamivudine -Zidovudine	62	Levalbuterol HCl	106	Lisinopril	70
Lamotrigine	44	Levemir	67	Lisinopril -Hydrochlorothiazide	73
Lanoxin	73	Levemir FlexTouch	67	Lithium	64
Lansoprazole	86	Levetiracetam	44	Lithium Carbonate	64
Lanthanum Carbonate	84	Levetiracetam ER	44	Lithium Carbonate ER	64
Lantus	67			Lithostat	88

Livalo	74	Lyza	94	Meropenem	42
Lokelma	84	M		Mesalamine	100
Lonhala Magnair	106	M-M -R II	100	Mesalamine ER	100
Lonsurf	52	Magnesium Sulfate	83	Mesnex	56
Loperamide HCl	85	Malathion	81	Metformin HCl	65
Lopinavir -Ritonavir	63	Marlissa	92	Metformin HCl ER	65
Lorazepam	64	Marplan	47	Methadone HCl	35
Lorazepam Intensol	64	Matulane	51	Methazolamide	104
Lorbrena	54	Matzim LA	72	Methenamine Hippurate	38
Loryna	91	Mavyret	61	Methimazole	95
Losartan Potassium	70	Mayzent	77	Methocarbamol	108
Losartan Potassium -HCTZ ..	73	Mayzent Starter Pack	77	Methotrexate	98
Lotemax	104	Meclizine HCl	48	Methotrexate Sodium	98
Lotemax SM	104	Medroxyprogesterone Acetate ..	94	Methoxsalen Rapid	81
Loteprednol Etabonate	104	Mefloquine HCl	56	Methscopolamine Bromide ..	85
Lovastatin	74	Megestrol Acetate	94	Methyldopa	69
Low -Ogestrel	91	Mekinist	54	Methylphenidate HCl	76
Loxapine Succinate	58	Mektovi	55	Methylphenidate HCl ER	76
Lubiprostone	85	Meloxicam	34	Methylprednisolone	88
Lumakras	52	Memantine HCl	46	Metoclopramide HCl	48
Lumigan	104	Memantine HCl ER	46	Metolazone	74
Lupaneta Pack	95	Memantine HCl Titration Pak ..	46	Metoprolol Succinate ER	71
Lupron Depot	95	MenQuadfi	100	Metoprolol Tartrate	71
Lutera	92	Menactra	99	Metoprolol -Hydrochlorothiazide	73
Lyleq	93	Menest	92	Metronidazole	39
Lynparza	54	Mentax	81	Metronidazole in NaCl 0.79% ..	38
Lysodren	94	Menveo	100	Metyrosine	73
Lyumjev	67	Mercaptopurine	52	Mexiletine HCl	70
Lyumjev KwikPen	67				

Mibelas 24 Fe	92	Moxifloxacin HCl	103	Neomycin Sulfate	38
Micafungin Sodium	49	Moxifloxacin HCl in NaCl	43	Neomycin -Bacitracin -Polymyxin	103
Miconazole 3	49	Multaq	70	Neomycin -Polymyxin -Bacitracin -Hydrocortisone	102
Microgestin 1.5/30	92	Mupirocin	82	Neomycin -Polymyxin -Dexamethasone	102
Microgestin 1/20	92	Mupirocin Calcium	82	Neomycin -Polymyxin -Gramicidin	103
Microgestin Fe 1.5/30	92	Myalept .	86	Neomycin -Polymyxin -HC .	105
Microgestin Fe 1/20	92	Mycophenolate Mofetil	98	Nerlynx	55
Midodrine HCl	69	Mycophenolate Sodium	98	Neulasta	69
Migergot .	50	Myorisan .	78	Neupro	57
Miglitol	65	Myrbetriq	87	Nevirapine	62
Miglustat	87	N		Nevirapine ER	62
Mili	92	Nabumetone	34	Nexavar	55
Minitran	75	Nadolol	71	Niacin ER	75
Minocycline HCl	43	Nafcillin Sodium	41	Niacor	75
Minoxidil	75	Naftifine HCl	82	Nicardipine HCl	71
Mirtazapine .	46	Naftin	82	Nicotrol	37
Mirtazapine ODT	46	Naloxone HCl	37	Nicotrol NS	37
Mirvaso	78	Naltrexone HCl	37	Nifedipine ER .	71
Misoprostol .	86	Namzaric .	46	Nifedipine ER Osmotic Release	71
Modafinil .	109	Naproxen	35	Nikki	92
Moexipril HCl	70	Naproxen DR	35	Nilutamide	51
Molindone HCl	58	Naratriptan HCl .	50	Nimodipine	71
Mometasone Furoate .	105	Narcan	37	Ninlaro	52
Mondoxyne NL .	43	Natacyn	103	Nitazoxanide	56
Montelukast Sodium	105	Nateglinide	65	Nitisinone	87
Morphine Sulfate .	36	Natpara .	101	Nitro -Bid	75
Morphine Sulfate ER	35	Nayzilam .	45	Nitrofurantoin	39
Motegrity	85	Necon 0.5/35	92		
Movantik .	85	Nefazodone HCl .	47		

Nitrofurantoin Macrocrystal ..39	Nystop82	Orsythia92
Nitrofurantoin Monohydrate .39	O	Oseltamivir Phosphate63
Nitroglycerin76	Ocaliva86	Osphena94
Nitrostat76	Ocella92	Otezla96
Nizatidine86	Octagam96	Oxacillin Sodium41
Nora -BE94	Octreotide Acetate95	Oxacillin Sodium in Dextrose41
Norethindrone94	Odefsey62	Oxandrolone89
Norethindrone Acetate94	Odomzo55	Oxcarbazepine45
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol92	Ofev 107	Oxybutynin Chloride87
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol -Fe92	Ofloxacin 105	Oxybutynin Chloride ER87
Norgestimate -Ethinyl Estradiol92	Olanzapine59	Oxycodone HCl36
Norgestimate -Ethinyl Estradiol Triphasic92	Olanzapine ODT59	Oxycodone -Acetaminophen36
Nortrel 0.5/3592	Olmesartan Medoxomil70	Ozempic65
Nortrel 1/3592	Olmesartan Medoxomil -HCTZ73	P
Nortrel 7/7/792	Olmesartan -Amlodipine -HCTZ73	PEG -3350 -Electrolytes86
Nortriptyline HCl48	Olopatadine HCl 103	PEG -3350 -NaCl -Na Bicarbonate -KCl86
Norvir63	Omega -3 -Acid Ethyl Esters75	Pacerone70
Nubeqa51	Omeprazole86	Paliperidone ER59
Nucala 108	Ondansetron HCl48	Pantoprazole Sodium86
Nucynta ER35	Ondansetron ODT48	Panzyga96
Nuedexta76	Onureg52	Paricalcitol 101
Nuplazid59	Opsumit 107	Paromomycin Sulfate38
Nutrilipid83	Orencia96	Paroxetine HCl47
Nyamyc82	Orencia ClickJect96	Paser51
Nylia 7/7/792	Orenitram 107	Paxil47
Nymalize71	Orfadin87	Pediarix 100
Nymyo92	Orgovyx95	Pedvax HIB 100
Nystatin82	Orkambi 107	Pegasys97

Pemazyre	52	Pindolol	71	Prazosin HCl	69
Penicillamine	88	Pioglitazone HCl	65	Pred Mild	104
Penicillin G Potassium	41	Pioglitazone HCl -Glimepiride	65	Pred -G	102
Penicillin G Procaine	41	Pioglitazone HCl -Metformin HCl	65	Pred -G S.O.P.	102
Penicillin G Sodium	41	Piperacillin -Tazobactam	41	Prednicarbate	80
Penicillin V Potassium	41	Piqray	55	Prednisolone	88
Pentamidine Isethionate	56	Pirmella 1/35	92	Prednisolone Acetate	104
Pentasa	101	Piroxicam	35	Prednisolone Sodium Phosphate	104
Pentoxifylline ER	73	Plasma -Lyte 148	83	Prednisone	88
Perforomist	106	Plasma -Lyte A	83	Prednisone Intensol	88
Perindopril Erbumine	70	Plenamaine	83	Pregabalin	77
Periogard	78	Podofilox	81	Premarin	92
Permethrin	81	Polymyxin B Sulfate	39	Premasol	83
Perphenazine	48	Polymyxin B -Trimethoprim	103	Premphase	92
Perseris	59	Pomalyst	52	Prempro	92
Phenelzine Sulfate	47	Portia -28	92	Prenatal	85
Phenobarbital	45	Posaconazole	49	Prevalite	75
Phenoxybenzamine HCl	69	Potassium Chloride	83	Previfem	92
Phenytek	46	Potassium Chloride CR	83	Prevymis	60
Phenytoin	46	Potassium Chloride ER	83	Prezcobix	63
Phenytoin Sodium Extended	46	Potassium Chloride in Dextrose	83	Prezista	63
Phoslyra	84	Potassium Chloride in NaCl .83		Priftin	51
Picato	81	Potassium Citrate ER	83	Primaquine Phosphate	56
Pifeltro	62	Praluent	75	Primidone	45
Pilocarpine HCl	104	Pramipexole Dihydrochloride	57	Privigen	96
Pimecrolimus	80	Prasugrel HCl	69	ProAir HFA	106
Pimozide	58	Pravastatin Sodium	74	ProAir RespiClick	106
Pimtrea	92	Praziquantel	56	ProQuad	100

Probenecid	50	Pyrazinamide	51	Reclipsen	92
Probenecid -Colchicine	50	Pyridostigmine Bromide	51	Recombivax HB	100
Procalamine	83	Pyridostigmine Bromide ER	50	Rectiv	76
Prochlorperazine	48	Pyrimethamine	56	Regranex	81
Prochlorperazine Maleate	48	Q		Relenza Diskhaler	63
Procrit	69	Qinlock	52	Relistor	85
Procto -Med HC	101	Quadracel	100	Repaglinide	65
Procto -Pak	101	Quetiapine Fumarate	59	Repatha	75
Proctosol HC	101	Quetiapine Fumarate ER	59	Repatha Pushtronex System	75
Proctozone -HC	101	Quinapril HCl	70	Repatha SureClick	75
Procysbi	87	Quinapril -Hydrochlorothiazide	73	Restasis Single -Use Vials	102
Progesterone	94	Quinidine Gluconate ER	70	Retacrit	69
Prograf	98	Quinidine Sulfate	70	Retevmo	52
Prolastin -C	87	Quinine Sulfate	56	Revlimid	52
Prolensa	104	R		Rexulti	59
Prolia	101	RAVICTI	87	Reyataz	63
Promacta	69	RabAvert	100	Rhopressa	104
Promethazine HCl	48	Rabeprazole Sodium	86	Ribavirin	61
Promethegan	48	Raloxifene HCl	94	Ridaura	96
Propafenone HCl	70	Ramelteon	109	Rifabutin	51
Propafenone HCl ER	70	Ramipril	70	Rifampin	51
Proparacaine HCl	102	Ranolazine ER	73	Riluzole	76
Propranolol HCl	71	Rasagiline Mesylate	57	Rimantadine HCl	63
Propranolol HCl ER	71	Rasuvo	98	Rinvoq	97
Propylthiouracil	95	Rayaldee	101	Risedronate Sodium	101
Prosol	83	Rebif	77	Risperdal Consta	59
Protriptyline HCl	48	Rebif Rebidose	77	Risperidone	60
Pulmozyme	107	Rebif Rebidose Titration Pack	77	Risperidone ODT	60
Purixan	52	Rebif Titration Pack	77		

Ritonavir	63	Scopolamine	48	Solifenacin Succinate	88
Rivastigmine	46	Secuado	60	Soliqua	65
Rivastigmine Tartrate	46	Selegiline HCl	57	Soltamox	52
Rivelsa	92	Selenium Sulfide	80	Somavert	95
Rizatriptan Benzoate	50	Selzentry	63	Sorine	70
Rizatriptan Benzoate ODT	50	Serevent Diskus	106	Sotalol HCl	70
Rocklatan	102	Serostim	89	Sotalol HCl AF	70
Ropinirole HCl	57	Sertraline HCl	47	Sovaldi	61
Rosuvastatin Calcium	74	Setlakin	93	Spiriva HandiHaler	106
RotaTeq	100	Sevelamer Carbonate	84	Spiriva Respimat	106
Rotarix	100	Sharobel	94	Spirolactone	74
Roweepra	44	Shingrix	100	Spirolactone -HCTZ	73
Rozlytrek	55	Signifor	95	Sprintec 28	93
Rubraca	55	Sildenafil Citrate	107	Spritam ODT	44
Ruconest	95	Silodosin	88	Sprycel	55
Rufinamide	46	Silver Sulfadiazine	81	Sronyx	93
Rukobia	63	Simbrinza	104	Stelara	97
Rybelsus	65	Simponi	99	Stiolto Respimat	108
Rydapt	55	Simvastatin	74	Stivarga	55
Rytary	57	Sirolimus	99	Streptomycin Sulfate	38
S		Sirturo	51	Stribild	61
SPS	84	Skyrizi	97	Suboxone	37
SSD	81	Skyrizi Pen	97	Sucraid	87
Sancuso	49	Sodium Chloride	84	Sucrafate	86
Sandimmune	98	Sodium Fluoride	84	Sulfacetamide Sodium	103
Santyl	81	Sodium Phenylbutyrate	87	Sulfacetamide -Prednisolone	102
Sapropterin Dihydrochloride	87	Sodium Polystyrene Sulfonate	84	Sulfadiazine	43
Savella	77	Sofosbuvir -Velpatasvir	61	Sulfamethoxazole -Trimethoprim	43
Savella Titration Pack	77				

Sulfamylon	82	Tagrisso	55	Testosterone	89
Sulfasalazine	101	Talzenna	55	Testosterone Cypionate	89
Sulindac	35	Tamoxifen Citrate	52	Testosterone Enanthate	89
Sumatriptan	50	Tamsulosin HCl	88	Tetrabenazine	76
Sumatriptan Succinate	50	Targretin	56	Tetracycline HCl	43
Sumatriptan Succinate Refill	50	Tarina 24 Fe	93	Thalomid	52
Sunitinib Malate	55	Tarina Fe 1/20 EQ	93	Theophylline	107
Suprax	40	Tasigna	55	Theophylline ER	107
Suprep Bowel Prep Kit	86	Tazarotene	78	Thioridazine HCl	58
Syeda	93	Tazicef	40	Thiothixene	58
Symbicort	108	Taztia XT	72	Tiadylt ER	72
SymlinPen 120	66	Tazverik	52	Tiagabine HCl	45
SymlinPen 60	66	Tecfidera	77	Tibsovo	55
Sympazan	45	Tecfidera Starter Pack	77	Tigecycline	39
Symtuza	63	Teflaro	40	Tilia Fe	93
Synarel	95	Tegsedi	87	Timolol Maleate	104
Synjardy	66	Telmisartan	70	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming	104
Synjardy XR	66	Telmisartan -Amlodipine	73	Tinidazole	39
Synribo	52	Telmisartan -HCTZ	73	Tivicay	61
Synthroid	94	Temazepam	109	Tivicay PD	61
T					
TDVAX	100	Temixys	62	Tizanidine HCl	60
TOBI Podhaler	107	Tenivac	100	TobraDex	102
TPN Electrolytes	84	Tenofovir Disoproxil Fumarate	62	TobraDex ST	102
Tabloid	52	Tepmetko	55	Tobramycin	107
Tabrecta	52	Terazosin HCl	88	Tobramycin Sulfate	38
Tacrolimus	99	Terbinafine HCl	49	Tobramycin -Dexamethasone	102
Tadalafil	107	Terconazole	49	Tobrex	103
Tafinlar	55	Teriparatide	101	Tolcapone	57

Tolterodine Tartrate ER	88	Tri -Legest Fe	93	Turalio	55
Topiramate	44	Tri -Lo -Estarilla	93	Twinrix	100
Toremifene Citrate	52	Tri -Lo -Sprintec	93	Tybost	63
Torse mide	74	Tri -Mili	93	Tymlos	102
Toujeo Max SoloStar	67	Tri -Nymyo	93	Typhim Vi	100
Toujeo SoloStar	67	Tri -Previfem	93	U	
Tracleer	107	Tri -Sprintec	93	Ukoniq	55
Tradjenta	66	Tri -VyLibra	93	Unithroid	94
Tramadol HCl	36	Tri -VyLibra Lo	93	Ursodiol	86
Tramadol HCl ER	35	Triamcinolone Acetonide	80	V	
Tramadol -Acetaminophen . .36		Triamterene	74	VAQTA	100
Trandolapril	70	Triamterene -HCTZ	73	Valacyclovir HCl	61
Trandolapril -Verapamil HCl ER . .73		Triderm	80	Valchlor	51
Tranexamic Acid	69	Trientine HCl	84	Valganciclovir HCl	60
Tranlycypromine Sulfate	47	Trifluoperazine HCl	58	Valproic Acid	44
Travasol	84	Trifluridine	103	Valsartan	70
Travoprost	104	Trifluridine	103	Valsartan -Hydrochlorothiazide . .73	
Trazodone HCl	47	Trihexyphenidyl HCl	56	Valtoco 10mg Dose	45
Trecator	51	Trijardy XR	66	Valtoco 15mg Dose	45
Trelegy Ellipta	108	Trimethoprim	39	Valtoco 20mg Dose	45
Trelstar Mixject	95	Trimipramine Maleate	48	Valtoco 5mg Dose	45
Tremfya	97	Trintellix	47	Vancomycin HCl	39
Tresiba	67	Triumeq	62	Vandazole	39
Tresiba FlexTouch	67	Trivora	93	Varivax	100
Tretinoin	78	TrophAmine	84	Varizig	96
Tretinoin Microsphere	78	Trulance	85	Vascepa	75
Trexall	99	Trulicity	66	Velivet	93
Tri -Estarilla	93	Trumenba	100	Velphoro	84
		Tukysa	52	Veltassa	84

Vemlidy	61	Vyfemla	93	Xyrem	109
Venclexta	55	Vyndamax	87	Y	
Venclexta Starting Pack	55	Vyndaqel	87	YF -Vax	100
Venlafaxine HCl	48	Vyvanse	76	Yuvaferm	93
Venlafaxine HCl ER	47	Vyzulta	105	Z	
Ventavis	107	W		Zafemy	93
Verapamil HCl	72	WYMZYA Fe	93	Zafirlukast	106
Verapamil HCl ER	72	Warfarin Sodium	68	Zaleplon	109
Versacloz	60	Wixela Inhub	108	Zarah	93
Verzenio	55	X		Zarxio	69
Vestura	93	Xalkori	55	Zejala	55
Vibramycin	43	Xarelto	68	Zelapar ODT	57
Victoza	66	Xarelto Starter Pack	68	Zelboraf	55
Vienna	93	Xatmep	99	Zemaira	87
Vigabatrin	45	Xcopri	44	Zenatane	78
Vigadrone	45	Xeljanz	97	Zenpep	87
Viiibryd	48	Xeljanz XR	97	Zerbaxa	40
Viiibryd Starter Pack	48	Xermelo	85	Zidovudine	62
Vimpat	46	Xgeva	102	Ziextenzo	69
Viracept	63	Xifaxan	39	Zileuton ER	106
Viread	62	Xigduo XR	66	Ziprasidone HCl	60
Vitrakvi	55	Xiidra	102	Ziprasidone Mesylate	60
Vivitrol	37	Xofluza	63	Zirgan	60
Vizimpro	55	Xolair	97	Zolinza	53
Voriconazole	49	Xospata	55	Zolpidem Tartrate	109
Vosevi	61	Xpovio	53	Zonisamide	46
Votrient	55	Xtampza ER	35	Zorbitive	89
Vraylar	60	Xtandi	51	Zortress	99
VyLibra	93	Xulane	93	Zovia 1/35	93

Zyclara	81
Zyclara Pump	81
Zydelig	56
Zyflo	106
Zykadia	56
Zyprexa Relprevv	60

Medicamentos cubiertos listados por categoría

La lista siguiente tiene información sobre los medicamentos que cubre este plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento, consulte “Medicamentos cubiertos listados por nombre (**Índice de Medicamentos**)” en las páginas 14-33.

La primera columna indica el nombre del medicamento, que puede incluir la forma de dosificación y la concentración. Los medicamentos **de marca (B)** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos (G) aparecen en letra normal (por ejemplo, Simvastatin). El identificador (**B**) o (G) se indica en la columna “De marca o Genérico”. La información de la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” indica cualquier requisito especial para la cobertura de su medicamento. Si se aplican límites de cantidad (quantity limits, QL) a un medicamento, las cantidades de restricción se indican en el cuadro que aparece en las páginas 110-143.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Analgésicos			
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos			
Celecoxib (cápsula oral)	G	3	QL
Diclofenac Epolamine (parche para uso externo)	G	4	PA; QL
Diclofenac Potassium (tableta oral)	G	2	
Diclofenac Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Diclofenac Sodium (1% gel para uso externo)	G	3	
Diclofenac Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
Diflunisal (tableta oral)	G	3	
Etodolac ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Etodolac (cápsula oral)	G	3	
Etodolac (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Flurbiprofen (100mg tableta oral)	G	2	
Ibu (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	G	2	
Ibuprofen (suspensión oral)	G	2	
Ibuprofen (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	G	2	
Indomethacin (25mg cápsula oral de liberación inmediata, 50mg cápsula oral de liberación inmediata)	G	2	
Ketoprofen (50mg cápsula oral de liberación inmediata, 75mg cápsula oral de liberación inmediata)	G	3	
Meloxicam (tableta oral)	G	1	♦
Nabumetone (tableta oral)	G	2	
Naproxen (suspensión oral)	G	5	DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Naproxen (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Naproxen DR (tableta oral de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	G	2	
Piroxicam (cápsula oral)	G	3	
Sulindac (tableta oral)	G	2	
Analgésicos opiáceos, acción prolongada			
Buprenorphine (parche transdérmico semanal)	G	4	7D; DL; QL
Fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas)	G	4	7D; MME; DL; QL
Hydromorphone HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	7D; MME; DL; QL
Levorphanol Tartrate (tableta oral)	G	5	7D; MME; DL; QL
Methadone HCl (solución oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Methadone HCl (tableta oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Morphine Sulfate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada, 15mg tableta oral de liberación prolongada, 30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	3	7D; MME; DL; QL
Morphine Sulfate ER (200mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	4	7D; MME; DL; QL
Nucynta ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	3	7D; MME; DL; QL
Tramadol HCl ER (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	7D; MME; DL; QL
Tramadol HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	7D; MME; DL; QL
Xtampza ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	B	3	7D; MME; DL; QL
Analgésicos opiáceos, acción corta			
Acetaminophen-Caffeine-Dihydrocodeine (cápsula oral)	G	4	7D; MME; DL; QL
Acetaminophen-Codeine (120-12mg/5ml solución oral)	G	2	7D; MME; DL; QL
Acetaminophen-Codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral)	G	2	7D; MME; DL; QL
Butalbital-Acetaminophen-Caffeine (tableta oral)	G	3	QL

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Butalbital-Aspirin-Caffeine (cápsula oral)	G	3	QL
Butorphanol Tartrate (solución nasal)	G	3	7D; MME; DL; QL
Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	4	7D; MME; DL; QL
Codeine Sulfate (30mg tableta oral)	G	4	7D; MME; DL; QL
Endocet (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Fentanyl Citrate (1200mcg pastilla para chupar con aplicador, 1600mcg pastilla para chupar con aplicador, 400mcg pastilla para chupar con aplicador, 600mcg pastilla para chupar con aplicador, 800mcg pastilla para chupar con aplicador)	G	5	PA; DL; QL
Fentanyl Citrate (200mcg pastilla para chupar con aplicador)	G	4	PA; DL; QL
Hydrocodone-Acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Hydrocodone-Ibuprofen (7.5-200mg tableta oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido oral)	G	4	7D; MME; DL; QL
Hydromorphone HCl (2mg tableta oral de liberación inmediata, 4mg tableta oral de liberación inmediata, 8mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	7D; MME; DL; QL
Hydromorphone HCl Preservative Free (10mg/ml solución para inyección, 50mg/5ml solución para inyección)	G	4	7D; DL
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral, 100mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Morphine Sulfate (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	7D; MME; DL; QL
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado oral)	G	4	7D; MME; DL; QL
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	4	7D; MME; DL; QL
Oxycodone HCl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 15mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	7D; MME; DL; QL
Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	7D; MME; DL; QL
Tramadol-Acetaminophen (tableta oral)	G	2	7D; MME; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Anestésicos			
Anestésicos locales			
Lidocaine (5% ungüento para uso externo)	G	3	QL
Lidocaine (5% parche para uso externo)	G	4	PA; QL
Lidocaine HCl (4% solución para uso externo)	G	4	
Lidocaine Viscous (2% solución para la boca/garganta)	G	2	
Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo)	G	3	
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias			
Ansiolíticos/disuasivos del alcohol			
Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
Disulfiram (tableta oral)	G	3	
Naltrexone HCl (tableta oral)	G	3	
Vivitrol (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	5	DL
Dependencia de los opiáceos			
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	G	2	QL
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (película sublingual)	G	4	QL
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (tableta sublingual)	G	2	QL
Suboxone (película sublingual)	B	4	QL
Agentes para reversión de opiáceos			
Naloxone HCl (0.4mg/ml solución para inyección)	G	2	
Naloxone HCl (cartucho con solución para inyección)	G	2	
Naloxone HCl (jeringa precargada con solución para inyección)	G	2	
Narcan (líquido nasal)	B	3	
Agentes para dejar de fumar			
Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo)	G	2	
Chantix Continuing Month Pak (tableta oral)	B	3	
Chantix (tableta oral)	B	3	
Chantix Starting Month Pak (tableta oral)	B	3	
Nicotrol (inhalador para inhalación)	B	4	
Nicotrol NS (solución nasal)	B	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Antibacterianos			
Aminoglucósidos			
Amikacin Sulfate (500mg/2ml solución para inyección)	G	4	
Gentamicin Sulfate-0.9% Sodium Chloride (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Gentamicin Sulfate (40mg/ml solución para inyección)	G	4	
Neomycin Sulfate (tableta oral)	G	2	
Paromomycin Sulfate (cápsula oral)	G	4	
Streptomycin Sulfate (solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	5	DL
Tobramycin Sulfate (10mg/ml solución para inyección, 80mg/2ml solución para inyección)	G	4	
Antibacterianos, otros			
Aztreonam (1g solución reconstituida para inyección)	G	4	
Clindamycin HCl (cápsula oral)	G	2	
Clindamycin Palmitate HCl (solución oral reconstituida)	G	4	
Clindamycin Phosphate in D5W (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Clindamycin Phosphate (300mg/2ml solución para inyección, 600mg/4ml solución para inyección, 900mg/6ml solución para inyección)	G	4	
Clindamycin Phosphate (crema vaginal)	G	3	
Colistimethate Sodium (CBA) (solución reconstituida para inyección)	G	5	DL
Dalvance (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Daptomycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	5	DL
Linezolid (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Linezolid (suspensión oral reconstituida)	G	5	DL
Linezolid (tableta oral)	G	4	QL
Methenamine Hippurate (tableta oral)	G	3	
Metronidazole (0.75% crema para uso externo)	G	4	
Metronidazole (0.75% gel para uso externo, 1% gel para uso externo)	G	4	
Metronidazole (0.75% loción para uso externo)	G	4	
Metronidazole in NaCl 0.79% (solución para inyección intravenosa)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Metronidazole (250mg tableta oral, 500mg tableta oral)	G	2	
Metronidazole (0.75% gel vaginal)	G	3	
Nitrofurantoin Macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (Macrochant genérico)	G	3	
Nitrofurantoin Monohydrate (Macrobid genérico)	G	3	
Nitrofurantoin (suspensión oral)	G	5	DL
Polymyxin B Sulfate (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Tigecycline (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	5	DL
Tinidazole (tableta oral)	G	4	
Trimethoprim (tableta oral)	G	2	
Vancomycin HCl (10g solución reconstituida para inyección intravenosa, 1g solución reconstituida para inyección intravenosa, 500mg solución reconstituida para inyección intravenosa, 750mg solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Vancomycin HCl (250mg solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	4	
Vancomycin HCl (cápsula oral)	G	4	QL
Vandazole (gel vaginal)	B	3	
Xifaxan (tableta oral)	B	5	PA; DL
Betalactámicos, cefalosporinas			
Cefaclor (cápsula oral)	G	3	
Cefadroxil (cápsula oral)	G	2	
Cefadroxil (suspensión oral reconstituida)	G	2	
Cefazolin Sodium (10g solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefdinir (cápsula oral)	G	3	
Cefdinir (suspensión oral reconstituida)	G	3	
Cefepime HCl (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefixime (cápsula oral)	G	3	
Cefixime (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Cefotetan Disodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Cefoxitin Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefoxitin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Cefpodoxime Proxetil (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Cefpodoxime Proxetil (tableta oral)	G	4	
Cefprozil (suspensión oral reconstituida)	G	3	
Cefprozil (tableta oral)	G	3	
Ceftazidime (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ceftriaxone Sodium (1g solución reconstituida para inyección, 250mg solución reconstituida para inyección, 2g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ceftriaxone Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Cefuroxime Axetil (tableta oral)	G	2	
Cefuroxime Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefuroxime Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Cephalexin (250mg cápsula oral, 500mg cápsula oral)	G	2	
Cephalexin (750mg cápsula oral)	G	3	
Cephalexin (suspensión oral reconstituida)	G	2	
Suprax (500mg/5ml suspensión oral reconstituida)	B	3	
Suprax (tableta oral masticable)	G	3	
Tazicef (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Teflaro (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	DL
Zerbaxa (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Betalactámicos, penicilinas			
Amoxicillin (cápsula oral)	G	1	♦
Amoxicillin (suspensión oral reconstituida)	G	1	♦
Amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Amoxicillin (tableta oral masticable)	G	1	♦
Amoxicillin-Potassium Clavulanate ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (suspensión oral reconstituida)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral masticable)	G	2	
Ampicillin (cápsula oral)	G	2	
Ampicillin Sodium (125mg solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ampicillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Ampicillin-Sulbactam Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ampicillin-Sulbactam Sodium (15 (10-5)g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Bicillin C-R 900/300 (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Bicillin C-R (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Bicillin L-A (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Dicloxacillin Sodium (cápsula oral)	G	2	
Nafcillin Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Nafcillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Oxacillin Sodium in Dextrose (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Penicillin G Potassium (20000000 unidades solución reconstituida para inyección)	G	4	
Penicillin G Procaine (suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Penicillin G Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	5	DL
Penicillin V Potassium (solución oral reconstituida)	G	2	
Penicillin V Potassium (tableta oral)	G	2	
Piperacillin-Tazobactam (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Carbapenemasas			
Ertapenem Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Imipenem-Cilastatin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Macrólidos			
Azithromycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Azithromycin (suspensión oral reconstituida)	G	1	♦
Azithromycin (tableta oral)	G	1	♦
Clarithromycin ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Clarithromycin (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Dificid (suspensión oral reconstituida)	B	5	DL
Dificid (tableta oral)	B	5	DL
Erythrocin Lactobionate (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Erythromycin Base (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	4	
Erythromycin Base (tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Erythromycin Base (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
Erythromycin Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida)	G	4	
Erythromycin Ethylsuccinate (tableta oral)	G	4	
Quinolonas			
Ciprofloxacin HCl (100mg tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Ciprofloxacin in D5W (200mg/100ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
Levofloxacin in D5W (500mg/100ml solución para inyección intravenosa, 750mg/150ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
Levofloxacin (25mg/ml solución para inyección intravenosa)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Levofloxacin (25mg/ml solución oral)	G	4	
Levofloxacin (250mg tableta oral, 500mg tableta oral, 750mg tableta oral)	G	1	♦
Moxifloxacin HCl in NaCl (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Moxifloxacin HCl (tableta oral)	G	3	
Ofloxacin (tableta oral)	G	3	
Sulfonamidas			
Sulfadiazine (tableta oral)	G	4	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (suspensión oral)	G	3	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (tableta oral)	G	2	
Tetraciclínas			
Demeclocycline HCl (tableta oral)	G	4	
Doxy 100 (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Doxycycline Hyclate (cápsula oral)	G	3	
Doxycycline Hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Doxycycline Monohydrate (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	G	3	
Doxycycline Monohydrate (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Doxycycline Monohydrate (100mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)	G	3	
Minocycline HCl (cápsula oral)	G	2	
Minocycline HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Mondoxyne NL (100mg cápsula oral)	G	3	
Tetracycline HCl (cápsula oral)	G	4	
Vibramycin (50mg/5ml jarabe oral)	B	4	
Antiepiléticos			
Antiepiléticos, otros			
BRIVIACT (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
BRIVIACT (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Epidiolex (solución oral)	B	5	PA; DL
Felbamate (suspensión oral)	G	5	DL
Felbamate (tableta oral)	G	4	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fintepla (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Fycompa (suspensión oral)	B	5	DL; QL
Fycompa (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Fycompa (2mg tableta oral)	B	4	QL
Lamotrigine (100mg tableta oral de liberación inmediata, 150mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Lamotrigine (25mg tableta oral masticable, 5mg tableta oral masticable)	G	3	
Levetiracetam ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	
Levetiracetam (solución oral)	G	2	
Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Roweepra (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Spritam ODT (tableta oral soluble de disolución inmediata)	B	4	
Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata)	G	2	
Topiramate (tableta oral)	G	2	
Valproic Acid (cápsula oral)	G	2	
Valproic Acid (solución oral)	G	2	
Xcopri (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (350mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (14x12.5mg y 14x25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	4	PA; QL
Xcopri (14x150mg y 14x200mg tableta oral, paquete de tratamiento, 14x50mg y 14x100mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Modificadores del canal de calcio			
Celontin (cápsula oral)	B	4	
Ethosuximide (cápsula oral)	G	3	
Ethosuximide (solución oral)	G	3	
Intensificadores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)			
Clobazam (suspensión oral)	G	4	PA; QL
Clobazam (tableta oral)	G	4	PA; QL
Diacomit (cápsula oral)	B	5	DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diacomit (paquete oral)	B	5	DL; QL
Diazepam (10mg gel rectal, 2.5mg gel rectal, 20mg gel rectal)	G	4	QL
Gabapentin (cápsula oral)	G	2	
Gabapentin (250mg/5ml solución oral)	G	3	
Gabapentin (tableta oral)	G	2	
Nayzilam (solución nasal)	B	4	PA; QL
Phenobarbital (tónico oral)	G	2	
Phenobarbital (tableta oral)	G	2	
Primidone (tableta oral)	G	2	
Sympazan (10mg película oral, 20mg película oral)	B	5	PA; DL; QL
Sympazan (5mg película oral)	B	4	PA; QL
Tiagabine HCl (tableta oral)	G	4	
Valtoco 10mg Dose (líquido nasal)	B	5	PA; DL; QL
Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Valtoco 5mg Dose (líquido nasal)	B	5	PA; DL; QL
Vigabatrin (paquete oral)	G	5	PA; DL; QL
Vigabatrin (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Vigadrone (paquete oral)	G	5	PA; DL; QL
Agentes del canal de sodio			
Aptiom (tableta oral)	B	5	DL; QL
Carbamazepine ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	
Carbamazepine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	
Carbamazepine (suspensión oral)	G	3	
Carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Carbamazepine (tableta oral masticable)	G	3	
Dilantin INFATABS (tableta oral masticable)	G	3	
Dilantin (cápsula oral)	G	3	
Epitol (tableta oral)	G	3	
Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión oral)	G	4	
Oxcarbazepine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 600mg tableta oral)	G	3	

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Phenytek (cápsula oral)	G	2	
Phenytoin (125mg/5ml suspensión oral)	G	2	
Phenytoin (tableta oral masticable)	G	2	
Phenytoin Sodium Extended (cápsula oral)	G	2	
Rufinamide (suspensión oral)	G	5	DL
Rufinamide (tableta oral)	G	5	DL
Vimpat (solución oral)	B	4	QL
Vimpat (tableta oral)	B	4	QL
Zonisamide (cápsula oral)	G	2	
Antidemenciales			
Antidemenciales, otros			
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	3	PA; QL
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	PA; QL
Inhibidores de la colinesterasa			
Donepezil HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable)	G	2	QL
Galantamine Hydrobromide ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Galantamine Hydrobromide (solución oral)	G	4	QL
Galantamine Hydrobromide (tableta oral)	G	4	QL
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral)	G	3	QL
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)	G	4	ST; QL
Antagonistas de los receptores de N-Metil-D-Aspartato (NMDA)			
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	PA; QL
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	G	4	PA; QL
Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	PA; QL
Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)	B	2	PA; QL
Antidepresivos			
Antidepresivos, otros			
Bupropion HCl SR (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	2	
Bupropion HCl XL (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Bupropion HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Mirtazapine (tableta oral)	G	2	
Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Inhibidores de la Monoaminoxidasa			
Emsam (parche transdérmico 24 horas)	B	5	DL; QL
Marplan (tableta oral)	B	4	
Phenelzine Sulfate (tableta oral)	G	3	
Tranlycypromine Sulfate (tableta oral)	G	4	
SSRI/SNRI (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)			
Citalopram Hydrobromide (solución oral)	G	3	
Citalopram Hydrobromide (tableta oral)	G	1	♦
Desvenlafaxine Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	G	3	QL
Escitalopram Oxalate (solución oral)	G	2	
Escitalopram Oxalate (tableta oral)	G	1	♦
Fetzima (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 40mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 80mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	4	ST; QL
Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	4	ST; QL
Fluoxetine HCl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata)	G	2	
Fluoxetine HCl (90mg cápsula oral de liberación retardada)	G	4	
Fluoxetine HCl (20mg/5ml solución oral)	G	2	
Fluvoxamine Maleate (tableta oral)	G	3	
Nefazodone HCl (tableta oral)	G	4	
Paroxetine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Paxil (suspensión oral)	B	4	
Sertraline HCl (concentrado oral)	G	4	
Sertraline HCl (tableta oral)	G	1	♦
Trazodone HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	1	♦
Trazodone HCl (300mg tableta oral)	G	2	
Trintellix (tableta oral)	B	4	QL
Venlafaxine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Venlafaxine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Viibryd (tableta oral)	B	4	QL
Viibryd Starter Pack (kit oral)	B	4	QL
Tricíclicos			
Amitriptyline HCl (tableta oral)	G	4	
Amoxapine (tableta oral)	G	3	
Clomipramine HCl (cápsula oral)	G	4	
Desipramine HCl (tableta oral)	G	3	
Doxepin HCl (cápsula oral)	G	3	
Doxepin HCl (concentrado oral)	G	3	
Imipramine HCl (tableta oral)	G	4	
Imipramine Pamoate (cápsula oral)	G	4	
Nortriptyline HCl (cápsula oral)	G	2	
Nortriptyline HCl (solución oral)	G	2	
Protriptyline HCl (tableta oral)	G	4	
Trimipramine Maleate (cápsula oral)	G	4	
Antieméticos			
Antieméticos, otros			
Compro (supositorio rectal)	G	4	
Meclizine HCl (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	G	2	
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Metoclopramide HCl (tableta oral)	G	1	♦
Perphenazine (tableta oral)	G	4	
Prochlorperazine Maleate (tableta oral)	G	2	
Prochlorperazine (supositorio rectal)	G	4	
Promethazine HCl (jarabe oral)	G	3	
Promethazine HCl (tableta oral)	G	3	
Promethazine HCl (supositorio rectal)	G	4	QL
Promethegan (25mg supositorio rectal)	G	4	QL
Scopolamine (parche transdérmico 72 horas)	G	4	
Medicamentos complementarios para la terapia emetogénica			
Aprepitant (paquete de tratamiento oral, cápsula oral)	G	4	PA; QL
Dronabinol (cápsula oral)	G	4	PA
Granisetron HCl (tableta oral)	G	4	B/D,PA; QL
Ondansetron HCl (solución oral)	G	4	B/D,PA
Ondansetron HCl (tableta oral)	G	2	B/D,PA
Ondansetron ODT (tableta oral dispersable)	G	2	B/D,PA

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Sancuso (parche transdérmico)	B	5	DL; QL
Antimicóticos			
Antimicóticos			
Abelcet (suspensión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
AmBisome (suspensión reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	B/D,PA; DL
Amphotericin B (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Clotrimazole (pastilla para la boca/garganta)	G	2	
Fluconazole in Sodium Chloride (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Fluconazole (suspensión oral reconstituida)	G	2	
Fluconazole (tableta oral)	G	2	
Flucytosine (cápsula oral)	G	5	DL
Griseofulvin Microsize (suspensión oral)	G	4	
Griseofulvin Microsize (tableta oral)	G	4	
Griseofulvin Ultramicrosize (tableta oral)	G	4	
Itraconazole (cápsula oral)	G	4	PA; QL
Itraconazole (solución oral)	G	5	PA; DL
Ketoconazole (tableta oral)	G	2	
Micafungin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Miconazole 3 (supositorio vaginal)	G	3	
Nystatin (suspensión para la boca/garganta)	G	2	
Nystatin (tableta oral)	G	2	
Posaconazole (tableta oral de liberación retardada)	G	5	PA; DL; QL
Terbinafine HCl (tableta oral)	G	2	
Terconazole (crema vaginal)	G	3	
Terconazole (supositorio vaginal)	G	3	
Voriconazole (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	5	PA; DL
Voriconazole (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Voriconazole (tableta oral)	G	4	
Antigotosos			
Antigotosos			
Allopurinol (tableta oral)	G	1	♦

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)	B	3	QL
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico)	G	3	QL
Febuxostat (tableta oral)	G	3	ST
Probenecid (tableta oral)	G	3	
Probenecid-Colchicine (tableta oral)	G	3	
Antimigrañosos			
Casos agudos			
Naratriptan HCl (tableta oral)	G	3	QL
Rizatriptan Benzoate (tableta oral)	G	3	QL
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable)	G	3	QL
Sumatriptan (solución nasal)	G	4	QL
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	2	QL
Sumatriptan Succinate Refill (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
Alcaloides de ergotamina			
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	G	5	PA; DL; QL
Ergotamine-Caffeine (tableta oral)	G	3	
Migergot (supositorio rectal)	G	5	DL
Profilácticos			
Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Timolol Maleate (tableta oral)	G	3	
Antimiasténicos			
Parasimpaticomiméticos			
Pyridostigmine Bromide ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	4	
Pyridostigmine Bromide (solución oral)	G	5	DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pyridostigmine Bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Antimicobacterianos			
Antimicobacterianos, otros			
Dapsone (tableta oral)	G	3	
Rifabutin (cápsula oral)	G	4	
Antituberculosos			
Ethambutol HCl (tableta oral)	G	3	
Isoniazid (jarabe oral)	G	4	
Isoniazid (tableta oral)	G	2	
Paser (paquete oral)	G	4	
Priftin (tableta oral)	B	4	
Pyrazinamide (tableta oral)	G	4	
Rifampin (600mg solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Rifampin (150mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	3	
Sirturo (tableta oral)	B	5	PA; DL
Trecator (tableta oral)	B	4	
Antineoplásicos			
Alquilantes			
Cyclophosphamide (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Cyclophosphamide (25mg tableta oral)	G	3	B/D,PA
Cyclophosphamide (50mg tableta oral)	B	3	B/D,PA
Leukeran (tableta oral)	B	5	DL
Matulane (cápsula oral)	B	5	DL
Valchlor (gel para uso externo)	B	5	PA; DL; QL
Antiandrógenos			
Abiraterone Acetate (250mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Abiraterone Acetate (500mg tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Bicalutamide (tableta oral)	G	2	
Erleada (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Flutamide (cápsula oral)	G	3	
Nilutamide (tableta oral)	G	5	DL
Nubeqa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xtandi (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Xtandi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Antiangiogénicos			
Fotivda (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Pomalyst (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Qinlock (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Revlimid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tabrecta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Thalomid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiestrógenos/modificadores			
Emcyt (cápsula oral)	B	5	DL
Soltamox (solución oral)	B	5	DL
Tamoxifen Citrate (tableta oral)	G	2	
Toremifene Citrate (tableta oral)	G	5	DL
Antimetabólicos			
Droxia (cápsula oral)	B	4	
Hydroxyurea (cápsula oral)	G	2	
Mercaptopurine (tableta oral)	G	3	
Onureg (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Purixan (suspensión oral)	B	5	PA; DL
Tabloid (tableta oral)	B	4	PA
Antineoplásicos, otros			
IDHIFA (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lonsurf (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lumakras (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ninlaro (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Pemazyre (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Retevmo (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Synribo (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Tazverik (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Tukysa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (100mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (40mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (40mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (60mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (60mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Xpovio (80mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xpovio (80mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Zolinza (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Inhibidores de la aromataasa, 3.^a generación			
Anastrozole (tableta oral)	G	1	♦
Exemestane (tableta oral)	G	4	
Letrozole (tableta oral)	G	2	
Inhibidores de la diana molecular			
Afinitor Disperz (tableta oral soluble)	B	5	PA; DL
Afinitor (10mg tableta oral)	B	5	PA; DL
Alecensa (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Alunbrig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Ayvakit (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Balversa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Bosulif (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Braftovi (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Brukinsa (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Cabometyx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Calquence (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Caprelsa (tableta oral)	B	5	PA; DL
Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL
Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL
Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL
Copiktra (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Cotellic (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Daurismo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Erivedge (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Erlotinib HCl (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Everolimus (2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	5	PA; DL
Farydak (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Gavreto (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Gilotrif (tableta oral)	B	5	PA; DL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ibrance (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ibrance (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Iclusig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Imbruvica (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Imbruvica (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inlyta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inqovi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inrebic (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Iressa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Jakafi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (200mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (400mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (600mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Koselugo (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Lapatinib Ditosylate (tableta oral)	G	5	PA; DL
Lenvima 10mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 12mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 14mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 18mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 20mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 24mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 4mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 8mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lorbrena (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lynparza (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Mekinist (tableta oral)	B	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mektovi (tableta oral)	B	5	PA; DL
Nerlynx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Nexavar (tableta oral)	B	5	PA; DL
Odomzo (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Rozlytrek (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Rubraca (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Rydapt (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Sprycel (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Stivarga (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Sunitinib Malate (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Tafinlar (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Tagrisso (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Talzenna (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tasigna (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tepmetko (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Tibsovo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Turalio (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ukoniq (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Venclexta (100mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Venclexta (10mg tableta oral)	B	3	PA; QL
Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Verzenio (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Vittrakvi (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Vittrakvi (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Vizimpro (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Votrient (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xalkori (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Xospata (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Zejula (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Zelboraf (tableta oral)	B	5	PA; DL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Zydelig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Zykadia (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Retinoides			
Bexarotene (cápsula oral)	G	5	PA; DL
Targretin (gel para uso externo)	B	5	PA; DL; QL
Tretinoin (cápsula oral)	G	5	DL
Medicamentos complementarios para el tratamiento			
Leucovorin Calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	3	
Leucovorin Calcium (25mg tableta oral)	G	4	
Mesnex (tableta oral)	B	4	
Antiparasitarios			
Antihelmínticos			
Albendazole (tableta oral)	G	4	QL
Ivermectin (tableta oral)	G	3	
Praziquantel (tableta oral)	G	4	
Antiprotozoarios			
Atovaquone (suspensión oral)	G	5	DL
Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral)	G	3	
Benznidazole (tableta oral)	B	4	
Chloroquine Phosphate (tableta oral)	G	4	QL
Coartem (tableta oral)	B	4	
Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral)	G	2	QL
Impavido (cápsula oral)	B	5	DL
Mefloquine HCl (tableta oral)	G	2	
Nitazoxanide (tableta oral)	G	5	DL
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inhalación)	G	4	B/D,PA; QL
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Primaquine Phosphate (tableta oral)	G	4	
Pyrimethamine (tableta oral)	G	5	DL
Quinine Sulfate (cápsula oral)	G	4	PA
Antiparkinsonianos			
Anticolinérgicos			
Benzotropine Mesylate (tableta oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (solución oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (tableta oral)	G	2	
Antiparkinsonianos, otros			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amantadine HCl (cápsula oral)	G	3	
Amantadine HCl (jarabe oral)	G	2	
Amantadine HCl (tableta oral)	G	3	
Carbidopa-Levodopa-Entacapone (tableta oral)	G	4	
Entacapone (tableta oral)	G	4	
Tolcapone (tableta oral)	G	5	DL; QL
Agonistas dopaminérgicos			
Apokyn (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Bromocriptine Mesylate (cápsula oral)	G	3	
Bromocriptine Mesylate (tableta oral)	G	3	
Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)	B	5	PA; DL; QL
Neupro (parche transdérmico 24 horas)	B	4	
Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Precusores de la dopamina o inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos			
Carbidopa (tableta oral)	G	4	
Carbidopa-Levodopa ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	♦
Carbidopa-Levodopa (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Carbidopa-Levodopa ODT (tableta oral dispersable)	G	2	
Rytary (cápsula oral de liberación prolongada)	B	4	ST
Inhibidores de la Monoaminoxidasa B (MAO-B)			
Rasagiline Mesylate (tableta oral)	G	4	
Selegiline HCl (cápsula oral)	G	3	
Selegiline HCl (tableta oral)	G	3	
Zelapar ODT (tableta oral dispersable)	B	5	DL
Antipsicóticos			
1.ª generación/típicos			
Chlorpromazine HCl (concentrado oral)	G	4	
Chlorpromazine HCl (tableta oral)	G	4	
Fluphenazine Decanoate (solución para inyección)	G	4	
Fluphenazine HCl (2.5mg/ml solución para inyección)	G	4	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fluphenazine HCl (5mg/ml concentrado oral)	G	3	
Fluphenazine HCl (2.5mg/5ml tónico oral)	G	4	
Fluphenazine HCl (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Haloperidol Decanoate (solución para inyección intramuscular)	G	4	
Haloperidol Lactate (solución para inyección)	G	4	
Haloperidol Lactate (concentrado oral)	G	2	
Haloperidol (tableta oral)	G	2	
Loxapine Succinate (cápsula oral)	G	2	
Molindone HCl (tableta oral)	G	4	
Pimozide (tableta oral)	G	4	
Thioridazine HCl (tableta oral)	G	3	
Thiothixene (cápsula oral)	G	3	
Trifluoperazine HCl (tableta oral)	G	3	
2.ª generación/atípicos			
Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	G	4	QL
Aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	3	QL
Aripiprazole ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable)	G	5	DL; QL
Aristada Initio (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Asenapine Maleate (tableta sublingual)	G	4	QL
Caplyta (cápsula oral)	B	5	ST; DL; QL
Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	5	ST; DL; QL
Fanapt Titration Pack (tableta oral)	B	4	ST; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Invega Sustenna (117mg/0.75ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 156mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 234mg/1.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 78mg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	5	DL
Invega Sustenna (39mg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	5	DL
Latuda (tableta oral)	B	5	DL; QL
Nuplazid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Nuplazid (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Olanzapine (10mg solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	4	
Olanzapine (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	2	QL
Olanzapine ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable, 20mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable)	G	4	QL
Paliperidone ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	DL
Quetiapine Fumarate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	QL
Quetiapine Fumarate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	QL
Rexulti (tableta oral)	B	5	DL; QL
Risperdal Consta (12.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 25mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	4	
Risperdal Consta (37.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 50mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	5	DL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Risperidone (1mg/ml solución oral)	G	4	
Risperidone (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 3mg tableta oral, 4mg tableta oral)	G	2	
Risperidone ODT (0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable, 3mg tableta oral dispersable, 4mg tableta oral dispersable)	G	4	
Secuado (parche transdérmico 24 horas)	B	5	PA; DL; QL
Vraylar (1.5mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4.5mg cápsula oral, 6mg cápsula oral)	B	5	ST; DL; QL
Vraylar (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	4	ST; QL
Ziprasidone HCl (cápsula oral)	G	3	QL
Ziprasidone Mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	4	
Zyprexa Relprevv (210mg suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	4	
Resistentes al tratamiento			
Clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	3	
Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable, 12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable)	G	4	QL
Versacloz (suspensión oral)	B	5	DL
Antiespasmódicos			
Antiespasmódicos			
Baclofen (tableta oral)	G	2	
Dantrolene Sodium (cápsula oral)	G	4	
Tizanidine HCl (tableta oral)	G	2	
Antivirales			
Anticitomegalovirus (CMV)			
Prevymis (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida)	G	5	DL; QL
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral)	G	3	QL
Zirgan (gel oftálmico)	B	4	
Antihepatitis B (HBV)			
Adefovir Dipivoxil (tableta oral)	G	4	
Baraclude (solución oral)	B	5	DL
Entecavir (tableta oral)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Epivir HBV (solución oral)	B	4	
Lamivudine (100mg tableta oral)	G	3	
Vemlidy (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antihepatitis C (HCV)			
Epclusa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Mavyret (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ribavirin (tableta oral)	G	3	
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Sovaldi (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Sovaldi (400mg tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Vosevi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiherpéticos			
Acyclovir (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Acyclovir (cápsula oral)	G	2	
Acyclovir (suspensión oral)	G	3	
Acyclovir (tableta oral)	G	1	♦
Acyclovir Sodium (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Famciclovir (tableta oral)	G	3	QL
Valacyclovir HCl (tableta oral)	G	3	QL
Antirretrovirales, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)			
Biktarvy (tableta oral)	B	5	DL; QL
Dovato (tableta oral)	B	5	DL; QL
Genvoya (tableta oral)	B	5	DL; QL
Isentress HD (tableta oral)	B	5	DL; QL
Isentress (paquete oral)	B	4	QL
Isentress (tableta oral)	B	5	DL; QL
Isentress (100mg tableta oral masticable)	B	5	DL; QL
Isentress (25mg tableta oral masticable)	B	3	QL
Juluca (tableta oral)	B	5	DL; QL
Stribild (tableta oral)	B	5	DL; QL
Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	4	QL
Tivicay (50mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Tivicay PD (tableta oral soluble)	B	5	DL; QL
Antirretrovirales, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (NNRTI)			
Complera (tableta oral)	B	5	DL; QL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Delstrigo (tableta oral)	B	5	DL; QL
Edurant (tableta oral)	B	5	DL; QL
Efavirenz (cápsula oral)	G	4	QL
Efavirenz (tableta oral)	G	4	QL
Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral)	G	5	DL; QL
Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir (tableta oral)	G	5	DL; QL
Etravirine (tableta oral)	G	5	DL; QL
Intelence (25mg tableta oral)	B	4	QL
Nevirapine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Nevirapine (suspensión oral)	G	4	QL
Nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	QL
Pifeltro (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antirretrovirales, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (NRTI)			
Abacavir Sulfate (solución oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate (tableta oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral)	G	4	QL
Abacavir-Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	5	DL; QL
Cimduo (tableta oral)	B	5	DL; QL
Descovy (tableta oral)	B	5	DL; QL
Emtricitabine (cápsula oral)	G	4	QL
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	5	DL; QL
Emtriva (solución oral)	B	4	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	G	3	QL
Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)	G	3	QL
Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	4	QL
Odefsey (tableta oral)	B	5	DL; QL
Temixys (tableta oral)	B	5	DL; QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	4	QL
Triumeq (tableta oral)	B	5	DL; QL
Viread (polvo oral)	B	5	DL; QL
Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Zidovudine (cápsula oral)	G	3	QL
Zidovudine (jarabe oral)	G	3	QL
Zidovudine (tableta oral)	G	3	QL
Antirretrovirales, otros			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	DL; QL
Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	5	DL; QL
Selzentry (solución oral)	B	5	DL; QL
Selzentry (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Selzentry (25mg tableta oral)	B	3	QL
Tybost (tableta oral)	B	4	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la proteasa			
Aptivus (cápsula oral)	B	5	DL; QL
Atazanavir Sulfate (cápsula oral)	G	4	QL
Evotaz (tableta oral)	B	5	DL; QL
Fosamprenavir Calcium (tableta oral)	G	5	DL; QL
Invirase (tableta oral)	B	5	DL; QL
Lexiva (suspensión oral)	B	4	QL
Lopinavir-Ritonavir (solución oral)	G	4	QL
Lopinavir-Ritonavir (tableta oral)	G	4	QL
Norvir (paquete oral)	B	4	QL
Norvir (solución oral)	B	4	QL
Prezcobix (tableta oral)	B	5	DL; QL
Prezista (suspensión oral)	B	5	DL; QL
Prezista (150mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Prezista (75mg tableta oral)	B	4	QL
Reyataz (paquete oral)	B	5	DL; QL
Ritonavir (tableta oral)	G	3	QL
Symtuza (tableta oral)	B	5	DL; QL
Viracept (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antigripales			
Oseltamivir Phosphate (cápsula oral)	G	3	QL
Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida)	G	3	QL
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Rimantadine HCl (tableta oral)	G	4	
Xofluza (40mg dosis) (1 x 40mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	3	QL

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, otros			
Buspirone HCl (tableta oral)	G	2	
Hydroxyzine HCl (jarabe oral)	G	3	
Hydroxyzine HCl (tableta oral)	G	3	
Hydroxyzine Pamoate (cápsula oral)	G	3	
Benzodiazepinas			
Alprazolam (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Chlordiazepoxide HCl (cápsula oral)	G	2	
Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	G	2	QL
Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable)	G	4	QL
Clorazepate Dipotassium (tableta oral)	G	3	QL
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado oral)	G	2	QL
Diazepam (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	QL
Lorazepam Intensol (concentrado oral)	G	2	QL
Lorazepam (tableta oral)	G	1	QL ♦
Bipolares			
Estabilizadores del estado de ánimo			
Divalproex Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Divalproex Sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	G	2	
Divalproex Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
Lithium Carbonate ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Lithium Carbonate (cápsula oral)	G	2	
Lithium Carbonate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Lithium (8meq/5ml solución oral)	B	3	
Reguladores de la glucemia			
Antidiabéticos			
Acarbose (tableta oral)	G	1	QL ♦
Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL
Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL
Cycloset (tableta oral)	B	4	PA; QL
Farxiga (tableta oral)	B	3	QL
Glimepiride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Glipizide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Glipizide (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Glipizide-Metformin HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Glyxambi (tableta oral)	B	3	QL
Janumet (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Januvia (tableta oral)	B	3	QL
Jardiance (tableta oral)	B	3	QL
Jentadueto (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Jentadueto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Metformin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	1	QL ♦
Metformin HCl (solución oral)	G	1	QL ♦
Metformin HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Miglitol (tableta oral)	G	4	QL
Nateglinide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Ozempic (1mg/dosis) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Pioglitazone HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pioglitazone HCl-Glimepiride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pioglitazone HCl-Metformin HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Repaglinide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Rybelsus (tableta oral)	B	3	QL
Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP; QL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
SymlinPen 120 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
SymlinPen 60 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Synjardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Tradjenta (tableta oral)	B	3	QL
Trijardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Glucemia			
Baqsimi One Pack (polvo nasal)	B	3	
Diazoxide (suspensión oral)	G	4	
GlucaGen HypoKit (solución reconstituida para inyección)	B	4	
Glucagon (kit para inyección) (Lilly)	G	3	
Gvoke HypoPen 2-Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	
Gvoke PFS (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	
Insulina			
Humalog Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 50/50 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 50/50 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin N KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin N (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin R (solución para inyección)	B	3	ISSP
Humulin R U-500 (concentrado) (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro Prot & Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro (solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Lantus (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Levemir FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Levemir (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Lyumjev (solución para inyección)	B	3	ISSP
Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Toujeo SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Tresiba (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Hemoderivados y modificadores			

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Anticoagulantes			
Eliquis (tableta oral)	B	3	QL
Eliquis Starter Pack (tableta oral)	B	3	QL
Enoxaparin Sodium (solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml solución para inyección subcutánea, 5mg/0.4ml solución para inyección subcutánea, 7.5mg/0.6ml solución para inyección subcutánea)	G	5	DL
Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	G	4	
Heparin Sodium (10000 unidades/ml solución para inyección, 20000 unidades/ml solución para inyección, 5000 unidades/ml solución para inyección)	G	3	
Heparin Sodium (1000 unidades/ml solución para inyección)	G	3	B/D,PA
Jantoven (tableta oral)	G	1	♦
Warfarin Sodium (tableta oral)	G	1	♦
Xarelto (tableta oral)	B	3	QL
Xarelto Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	3	QL
Hemoderivados y modificadores, otros			
Anagrelide HCl (cápsula oral)	G	3	
Aranesp (Albumin Free) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección, 300mcg/ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Aranesp (Albumin Free) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección)	B	4	PA
Aranesp (Albumin Free) (100mcg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección, 150mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección, 200mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 300mcg/0.6ml jeringa precargada con solución para inyección, 500mcg/ml jeringa precargada con solución para inyección)	B	5	PA; DL
Aranesp (Albumin Free) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 60mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección)	B	4	PA
Leukine (solución reconstituida para inyección)	B	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Procrit (10000 unidades/ml solución para inyección, 2000 unidades/ml solución para inyección, 3000 unidades/ml solución para inyección, 4000 unidades/ml solución para inyección)	B	4	PA
Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Promacta (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Promacta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Retacrit (solución para inyección)	B	4	PA
Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección)	B	5	DL
Ziextenzo (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Hemostasis			
Tranexamic Acid (tableta oral)	G	3	
Modificadores de plaquetas			
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Brilinta (tableta oral)	B	3	QL
Cablivi (kit para inyección)	B	5	PA; DL; QL
Cilostazol (tableta oral)	G	2	
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral)	G	2	QL
Prasugrel HCl (tableta oral)	G	3	QL
Agentes cardiovasculares			
Agonistas alfaadrenérgicos			
Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Clonidine (parche transdérmico semanal)	G	4	
Droxidopa (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Methyldopa (tableta oral)	G	1	♦
Midodrine HCl (tableta oral)	G	3	
Bloqueantes alfaadrenérgicos			
Doxazosin Mesylate (tableta oral)	G	2	
Phenoxybenzamine HCl (cápsula oral)	G	5	DL
Prazosin HCl (cápsula oral)	G	2	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II			
Candesartan Cilexetil (tableta oral)	G	1	QL ♦
Edarbi (tableta oral)	B	4	QL
Irbesartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Losartan Potassium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Olmesartan Medoxomil (tableta oral)	G	1	QL ♦
Telmisartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Valsartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)			
Benazepril HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Captopril (tableta oral)	G	1	QL ♦
Enalapril Maleate (tableta oral)	G	1	QL ♦
Fosinopril Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Lisinopril (tableta oral)	G	1	QL ♦
Moexipril HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Perindopril Erbumine (tableta oral)	G	1	QL ♦
Quinapril HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ramipril (cápsula oral)	G	1	QL ♦
Trandolapril (tableta oral)	G	1	QL ♦
Antiarrítmicos			
Amiodarone HCl (200mg tableta oral)	G	1	♦
Dofetilide (cápsula oral)	G	3	QL
Flecainide Acetate (tableta oral)	G	2	
Mexiletine HCl (cápsula oral)	G	3	
Multaq (tableta oral)	B	3	QL
Pacerone (200mg tableta oral)	G	1	♦
Propafenone HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Propafenone HCl (tableta oral)	G	2	
Quinidine Gluconate ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	4	
Quinidine Sulfate (tableta oral)	G	2	
Sorine (tableta oral)	G	2	
Sotalol HCl AF (tableta oral)	G	2	
Sotalol HCl (tableta oral)	G	2	
Bloqueantes betaadrenérgicos			
Acebutolol HCl (cápsula oral)	G	2	
Atenolol (tableta oral)	G	1	♦
Betaxolol HCl (tableta oral)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bisoprolol Fumarate (tableta oral)	G	2	
Bystolic (tableta oral)	B	3	QL
Carvedilol (tableta oral)	G	1	♦
Labetalol HCl (tableta oral)	G	2	
Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	♦
Metoprolol Tartrate (tableta oral)	G	1	♦
Nadolol (tableta oral)	G	4	
Pindolol (tableta oral)	G	3	
Propranolol HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Propranolol HCl (solución oral)	G	2	
Propranolol HCl (tableta oral)	G	2	
Antagonistas del calcio, dihidropiridínicos			
Amlodipine Besylate (tableta oral)	G	1	♦
Felodipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Nicardipine HCl (cápsula oral)	G	4	
Nifedipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	QL
Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	QL
Nimodipine (cápsula oral)	G	4	
Nymalize (6mg/ml solución oral)	B	5	DL
Antagonistas del calcio, no dihidropiridínicos			
Cartia XT (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Diltiazem HCl ER Beads (360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 420mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Diltiazem HCl ER Coated Beads (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diltiazem HCl ER Coated Beads (180mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Diltiazem HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	2	
Diltiazem HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Dilt-XR (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Matzim LA (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Taztia XT (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Tiadylt ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Verapamil HCl ER (100mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 200mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	
Verapamil HCl ER (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	
Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Verapamil HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Agentes cardiovasculares, otros			
Acetazolamide ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Acetazolamide (tableta oral)	G	3	
Aliskiren Fumarate (tableta oral)	G	1	QL ♦
Amiloride-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	2	
Amlodipine-Atorvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Amlodipine-Benazepril (cápsula oral)	G	1	QL ♦
Amlodipine-Olmesartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Amlodipine-Valsartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Amlodipine-Valsartan-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Atenolol-Chlorthalidone (tableta oral)	G	1	♦
Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
BiDil (tableta oral)	B	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	2	QL
Candesartan Cilexetil-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Corlanor (solución oral)	B	4	PA; QL
Corlanor (tableta oral)	B	4	PA; QL
Demser (cápsula oral)	B	5	DL
Digitek (tableta oral)	G	2	
Digox (tableta oral)	G	2	
Digoxin (solución oral)	G	3	
Digoxin (tableta oral)	G	2	
Edarbyclor (tableta oral)	B	4	QL
Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Entresto (tableta oral)	B	3	QL
Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Lanoxin (tableta oral)	B	4	
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Metoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	2	
Metyrosine (cápsula oral)	G	5	DL
Olmesartan Medoxomil-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pentoxifylline ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Quinapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Spirolactone-HCTZ (tableta oral)	G	2	
Telmisartan-Amlodipine (tableta oral)	G	1	QL ♦
Telmisartan-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	QL ♦
Triamterene-HCTZ (cápsula oral)	G	1	♦
Triamterene-HCTZ (tableta oral)	G	1	♦
Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Diuréticos de asa			
Bumetanide (solución para inyección)	G	4	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bumetanide (tableta oral)	G	1	♦
Ethacrynic Acid (tableta oral)	G	4	
Furosemide (solución para inyección)	G	4	B/D,PA
Furosemide (solución oral)	G	1	♦
Furosemide (tableta oral)	G	1	♦
Torsemide (tableta oral)	G	2	
Diuréticos ahorradores de potasio			
Amiloride HCl (tableta oral)	G	2	
Eplerenone (tableta oral)	G	3	
Spirolactone (tableta oral)	G	2	
Triamterene (cápsula oral)	G	4	
Diuréticos tiazidas			
Chlorthalidone (tableta oral)	G	2	
Diuril (suspensión oral)	B	4	
Hydrochlorothiazide (cápsula oral)	G	1	♦
Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	♦
Indapamide (tableta oral)	G	1	♦
Metolazone (tableta oral)	G	1	♦
Dislipidémicos, derivados del ácido fibrico			
Fenofibrate Micronized (134mg cápsula oral, 200mg cápsula oral, 67mg cápsula oral)	G	2	
Fenofibrate (145mg tableta oral, 48mg tableta oral)	G	2	
Fenofibrate (160mg tableta oral, 54mg tableta oral)	G	1	♦
Fenofibric Acid (cápsula oral de liberación retardada)	G	3	
Gemfibrozil (tableta oral)	G	2	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa			
Atorvastatin Calcium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Fluvastatin Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Fluvastatin Sodium (cápsula oral)	G	1	QL ♦
Livalo (tableta oral)	B	3	QL
Lovastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pravastatin Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Rosuvastatin Calcium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Simvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Dislipidémicos, otros			
Cholestyramine Light (paquete oral)	G	4	
Cholestyramine (paquete oral)	G	4	
Colesevelam HCl (paquete oral)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Colesevelam HCl (tableta oral)	G	3	
Colestipol HCl (paquete oral)	G	4	
Colestipol HCl (tableta oral)	G	3	
Ezetimibe (tableta oral)	G	2	QL
Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Icosapent Ethyl (cápsula oral)	G	4	
Juxtapid (10mg cápsula oral, 20mg cápsula oral, 30mg cápsula oral, 5mg cápsula oral)	B	5	PA; DL
Niacin ER (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación prolongada)	G	3	
Niacor (tableta oral)	G	4	
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (Lovaza genérico)	G	4	QL
Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Prevalite (paquete oral)	G	4	
Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Vascepa (cápsula oral)	B	4	
Vasodilatadores arteriales de acción directa			
Hydralazine HCl (tableta oral)	G	2	
Minoxidil (tableta oral)	G	2	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa			
Isosorbide Dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Isosorbide Mononitrate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Minitran (parche transdérmico 24 horas)	G	2	
Nitro-Bid (ungüento transdérmico)	G	4	
Nitroglycerin (tableta sublingual)	G	2	
Nitroglycerin (parche transdérmico 24 horas)	G	2	

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nitroglycerin (solución translingual)	G	3	
Nitrostat (tableta sublingual)	B	3	
Rectiv (ungüento rectal)	B	4	QL
Agentes del sistema nervioso central			
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas			
Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Amphetamine-Dextroamphetamine (tableta oral)	G	3	QL
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	4	QL
Vyvanse (cápsula oral)	B	4	
Vyvanse (tableta oral masticable)	B	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas			
Atomoxetine HCl (cápsula oral)	G	4	QL
Clonidine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	PA
Dexmethylphenidate HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Dexmethylphenidate HCl (tableta oral)	G	3	QL
Guanfacine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta oral de liberación prolongada, 20mg tableta oral de liberación prolongada)	G	4	QL
Methylphenidate HCl (solución oral)	G	4	QL
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	G	3	QL
Agentes del sistema nervioso central, otros			
Austedo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ingrezza (40mg cápsula oral, 60mg cápsula oral, 80mg cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Nuedexta (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Riluzole (tableta oral)	G	3	
Tetrabenazine (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Agentes para la fibromialgia			
Drizalma Sprinkle (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	4	ST; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Duloxetine HCl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	2	QL
Pregabalin (cápsula oral)	G	3	QL
Pregabalin (solución oral)	G	3	QL
Savella (tableta oral)	B	3	
Savella Titration Pack (tableta oral)	B	3	
Agentes para la esclerosis múltiple			
Aubagio (tableta oral)	B	5	DL; QL
Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)	B	5	DL; QL
Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL; QL
Betaseron (kit para inyección subcutánea)	B	5	DL; QL
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Dimethyl Fumarate (120mg cápsula oral de liberación retardada, 240mg cápsula oral de liberación retardada)	G	5	DL; QL
Dimethyl Fumarate Starter Pack (cápsula oral)	G	5	DL; QL
Gilenya (0.5mg cápsula oral)	B	5	DL; QL
Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	5	DL; QL
Glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	5	DL; QL
Mayzent (0.25mg tableta oral, 2mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Mayzent Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	DL; QL
Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Tecfidera Starter Pack (oral)	B	5	DL; QL
Tecfidera (cápsula oral de liberación retardada)	B	5	DL; QL
Agentes dentales y bucales			

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Agentes dentales y bucales			
Chlorhexidine Gluconate (solución bucal)	G	2	
Periogard (solución bucal)	G	2	
Pilocarpine HCl (tableta oral)	G	4	
Triamcinolone Acetonide (pasta dental)	G	3	
Agentes dermatológicos			
Agentes para el acné y la rosácea			
Accutane (20mg cápsula oral, 30mg cápsula oral, 40mg cápsula oral)	G	4	PA
Acitretin (cápsula oral)	G	4	
Adapalene (crema para uso externo)	G	4	
Adapalene (0.1% gel para uso externo)	G	3	
Amnesteem (cápsula oral)	G	4	PA
Azelaic Acid (gel para uso externo)	G	4	QL
Benzoyl Peroxide-Erythromycin (gel para uso externo)	G	4	
Claravis (cápsula oral)	G	4	PA
Clindamycin Phosphate-Benzoyl Peroxide (1-5% gel para uso externo)	G	4	
Finacea (espuma para uso externo)	B	4	QL
Isotretinoin (cápsula oral)	G	4	PA
Mirvaso (gel para uso externo)	B	4	
Myorisan (cápsula oral)	G	4	PA
Tazarotene (crema para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin (crema para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin (0.01% gel para uso externo, 0.025% gel para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin Microsphere (gel para uso externo)	G	4	PA
Zenatane (cápsula oral)	G	4	PA
Agentes para la dermatitis y el prurito			
Ala-Cort (crema para uso externo)	G	2	
Alclometasone Dipropionate (crema para uso externo)	G	3	
Alclometasone Dipropionate (ungüento para uso externo)	G	3	
Ammonium Lactate (crema para uso externo)	G	3	
Ammonium Lactate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (crema para uso externo)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Betamethasone Dipropionate Aug (gel para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (ungüento para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (crema para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (ungüento para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (crema para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (ungüento para uso externo)	G	3	
Clobetasol Propionate Emollient Base (crema para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (crema para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (gel para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (ungüento para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (champú para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (solución para uso externo)	G	3	
Clodan (champú para uso externo)	G	4	
Cordran (cinta para uso externo)	B	4	
Desonide (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Desoximetasone (crema para uso externo)	G	4	QL
Doxepin HCl (crema para uso externo)	G	4	PA; QL
Fluocinolone Acetonide (crema para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide (ungüento para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide (solución para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite para uso externo)	G	4	
Fluocinonide Emulsified Base (crema para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (0.05% crema para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (gel para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (ungüento para uso externo)	G	3	QL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fluocinonide (solución para uso externo)	G	3	QL
Fluticasone Propionate (crema para uso externo)	G	3	
Fluticasone Propionate (ungüento para uso externo)	G	3	
Halobetasol Propionate (crema para uso externo)	G	4	
Halobetasol Propionate (ungüento para uso externo)	G	4	
Hydrocortisone Butyrate (ungüento para uso externo)	G	3	
Hydrocortisone (1% crema para uso externo)	G	2	
Hydrocortisone (2.5% loción para uso externo)	G	3	
Hydrocortisone (1% ungüento para uso externo, 2.5% ungüento para uso externo)	G	2	
Hydrocortisone Valerate (crema para uso externo)	G	4	
Hydrocortisone Valerate (ungüento para uso externo)	G	4	
Mometasone Furoate (crema para uso externo)	G	2	
Mometasone Furoate (ungüento para uso externo)	G	2	
Mometasone Furoate (solución para uso externo)	G	2	
Pimecrolimus (crema para uso externo)	G	4	ST; QL
Prednicarbate (ungüento para uso externo)	G	4	
Selenium Sulfide (loción para uso externo)	G	2	
Tacrolimus (ungüento para uso externo)	G	4	ST
Triamcinolone Acetonide (crema para uso externo)	G	2	
Triamcinolone Acetonide (loción para uso externo)	G	2	
Triamcinolone Acetonide (0.025% ungüento para uso externo, 0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo)	G	2	
Triderm (crema para uso externo)	G	2	
Agentes dermatológicos, otros			
Calcipotriene (crema para uso externo)	G	4	QL
Calcipotriene (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Calcipotriene (solución para uso externo)	G	3	
Calcitriol (ungüento para uso externo)	B	4	
Clotrimazole-Betamethasone (crema para uso externo)	G	3	QL
Clotrimazole-Betamethasone (loción para uso externo)	G	4	
Diclofenac Sodium (3% gel para uso externo)	G	4	PA; QL
Fluorouracil (5% crema para uso externo)	G	4	QL
Fluorouracil (solución para uso externo)	G	3	
Imiquimod (3.75% crema para uso externo)	G	5	PA; DL
Imiquimod (5% crema para uso externo)	G	4	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Methoxsalen Rapid (cápsula oral)	G	5	DL
Picato (0.015% gel para uso externo, 0.05% gel para uso externo)	B	3	QL
Podofilox (solución para uso externo)	G	3	
Regranex (gel para uso externo)	B	5	PA; DL
Santyl (ungüento para uso externo)	B	4	
Silver Sulfadiazine (crema para uso externo)	G	3	
SSD (crema para uso externo)	B	3	
Zyclara (crema para uso externo)	B	5	PA; DL
Zyclara Pump (2.5% crema para uso externo)	B	5	PA; DL
Pediculicidas/escabicidas			
Malathion (loción para uso externo)	G	4	
Permethrin (crema para uso externo)	G	3	
Antiinfecciosos tópicos			
Ciclopirox (gel para uso externo)	G	3	
Ciclopirox (champú para uso externo)	G	3	
Ciclopirox (solución para uso externo)	G	3	
Ciclopirox Olamine (crema para uso externo)	G	3	
Ciclopirox Olamine (suspensión para uso externo)	G	3	
Clindacin-P (hisopo para uso externo)	G	3	QL
Clindamycin Phosphate (gel para uso externo)	G	3	QL
Clindamycin Phosphate (loción para uso externo)	G	3	QL
Clindamycin Phosphate (solución para uso externo)	G	3	QL
Clindamycin Phosphate (hisopo para uso externo)	G	3	QL
Clotrimazole (crema para uso externo)	G	2	
Clotrimazole (solución para uso externo)	G	2	
Econazole Nitrate (crema para uso externo)	G	4	QL
Ery (apósito para uso externo)	G	3	
Erythromycin (gel para uso externo)	G	4	
Erythromycin (solución para uso externo)	G	2	
Gentamicin Sulfate (crema para uso externo)	G	3	
Gentamicin Sulfate (ungüento para uso externo)	G	3	
Jublia (solución para uso externo)	B	4	
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	2	QL
Ketoconazole (champú para uso externo)	G	2	
Mentax (crema para uso externo)	B	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mupirocin Calcium (crema para uso externo)	G	4	
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	2	QL
Naftifine HCl (crema para uso externo)	G	4	
Naftin (2% gel para uso externo)	B	4	
Nyamyc (polvo para uso externo)	G	2	QL
Nystatin (crema para uso externo)	G	2	
Nystatin (ungüento para uso externo)	G	2	
Nystatin (polvo para uso externo)	G	2	QL
Nystop (polvo para uso externo)	G	2	QL
Sulfamylon (crema para uso externo)	B	4	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas			
Reemplazos de electrolitos/minerales			
Aminosyn II (15% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Aminosyn-PF (7% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Carbaglu (tableta oral)	B	5	DL
Dextrose (10% solución para inyección intravenosa)	G	4	
Dextrose (5% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Dextrose-NaCl (10-0.2% solución para inyección intravenosa, 10-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.2% solución para inyección intravenosa)	B	4	
Dextrose-NaCl (2.5-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.45% solución para inyección intravenosa)	G	4	
Dextrose-NaCl (5-0.9% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
HepatAmine (8% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Intralipid (emulsión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Isolyte-P in D5W (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Isolyte-S pH 7.4 (solución para inyección intravenosa)	B	4	
KCl in Dextrose-NaCl (solución para inyección intravenosa)	B	4	
KCl-Lactated Ringers-D5W (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada)	B	2	
Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Klor-Con M15 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Klor-Con (paquete oral)	G	3	
Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada)	B	2	
Magnesium Sulfate (50% solución para inyección)	B	4	
Magnesium Sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección)	G	4	
Nutrilipid (emulsión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Plasma-Lyte 148 (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Plasma-Lyte A (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Plenamaine (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Potassium Chloride CR (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Potassium Chloride ER (cápsula oral de liberación prolongada)	G	2	
Potassium Chloride in Dextrose (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride in NaCl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Potassium Chloride in NaCl (20-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa, 40-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 40meq/100ml solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride (2meq/ml solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (20ml) solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Potassium Chloride (paquete oral)	G	3	
Potassium Chloride (20meq/15ml(10%) solución oral, 40meq/15ml(20%) solución oral)	G	3	
Potassium Citrate ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	3	
Premasol (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Procalamine (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Prosol (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Sodium Chloride (0.45% solución para inyección intravenosa)	G	4	
Sodium Chloride (0.9% solución para inyección intravenosa, 3% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Sodium Chloride (5% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Sodium Chloride (solución para irrigación)	B	3	
Sodium Fluoride (tableta oral)	G	2	
TPN Electrolytes (concentrado para inyección intravenosa)	B	4	
Travasol (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
TrophAmine (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Modificadores de electrolitos/minerales/metales			
Chemet (cápsula oral)	B	3	
Deferasirox Granules (paquete oral)	G	5	PA; DL
Deferasirox (tableta oral) (Jadenu genérico)	G	3	PA
Deferasirox (125mg tableta oral soluble) (Exjade genérico)	G	4	PA
Deferasirox (250mg tableta oral soluble, 500mg tableta oral soluble) (Exjade genérico)	G	5	PA; DL
Deferiprone (tableta oral)	G	5	PA; DL
Ferriprox (solución oral)	B	5	PA; DL
Ferriprox (tableta oral)	B	5	PA; DL
Trientine HCl (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Aglutinantes de fosfato			
Auryxia (tableta oral)	B	5	PA; DL
Calcium Acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral)	G	3	
Calcium Acetate (667mg tableta oral)	G	3	
Lanthanum Carbonate (tableta oral masticable)	G	5	DL
Phoslyra (solución oral)	B	3	
Sevelamer Carbonate (paquete oral)	G	5	DL
Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico)	G	4	
Velphoro (tableta oral masticable)	B	5	DL
Aglutinantes de potasio			
Lokelma (paquete oral)	B	4	QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral)	G	3	
SPS (suspensión oral)	G	3	
Veltassa (paquete oral)	B	5	DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Vitaminas			
Prenatal (27-1mg tableta oral)	G	3	
Agentes gastrointestinales			
Agentes contra el estreñimiento			
Constulose (solución oral)	G	2	
Enulose (solución oral)	G	2	
Generlac (solución oral)	G	2	
Lactulose (10g/15ml solución oral)	G	2	
Linzess (cápsula oral)	B	3	QL
Lubiprostone (cápsula oral)	G	3	QL
Motegrity (tableta oral)	B	4	QL
Movantik (tableta oral)	B	3	QL
Relistor (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Relistor (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Trulance (tableta oral)	B	4	QL
Antidiarreicos			
Alosetron HCl (tableta oral)	G	5	PA; DL
Diphenoxylate-Atropine (líquido oral)	G	4	
Diphenoxylate-Atropine (tableta oral)	G	4	
Loperamide HCl (cápsula oral)	G	2	
Xermelo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiespasmódicos, gastrointestinales			
Cuvposa (solución oral)	B	4	PA
Dicyclomine HCl (cápsula oral)	G	2	
Dicyclomine HCl (solución oral)	G	2	
Dicyclomine HCl (tableta oral)	G	2	
Methscopolamine Bromide (tableta oral)	G	4	
Agentes gastrointestinales, otros			
Chenodal (tableta oral)	G	5	PA; DL
Clenpiq (solución oral)	B	3	
Gattex (kit para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
GaviLyte-C (solución oral reconstituida)	G	2	
GaviLyte-G (solución oral reconstituida)	G	2	
GaviLyte-N with Flavor Pack (solución oral reconstituida)	G	2	

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Myalept (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Ocaliva (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
PEG-3350-NaCl-Na Bicarbonate-KCl (solución oral) (NuLYTELY genérico)	G	2	
PEG-3350-Electrolytes (solución oral) (GoLYTELY genérico)	G	2	
Suprep Bowel Prep Kit (solución oral)	B	3	
Ursodiol (300mg cápsula oral)	G	3	
Ursodiol (tableta oral)	G	4	
Antagonistas de los receptores de la Histamina2 (H2)			
Cimetidine HCl (300mg/5ml solución oral)	G	3	
Cimetidine (tableta oral)	G	3	
Famotidine (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral)	G	2	
Nizatidine (cápsula oral)	G	3	
Protectores			
Misoprostol (tableta oral)	G	3	
Sucralfate (suspensión oral)	G	4	
Sucralfate (tableta oral)	G	2	
Inhibidores de la bomba de protones			
Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)	B	4	QL
Esomeprazole Magnesium (cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico)	G	3	QL
Esomeprazole Magnesium (paquete oral)	G	3	
Lansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)	G	2	QL
Omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada)	G	2	QL
Omeprazole (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada)	G	2	
Pantoprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	1	QL ♦
Rabeprazole Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	3	
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento			
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento			
Aralast NP (1000mg solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Cholbam (cápsula oral)	B	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	B	3	
Cromolyn Sodium (concentrado oral)	G	3	
Cystadane (polvo oral)	B	5	DL
Cystagon (cápsula oral)	B	4	
Glassia (solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Levocarnitine (1g/10ml solución oral)	G	3	
Levocarnitine (330mg tableta oral)	B	3	
Miglustat (cápsula oral)	G	5	PA; DL
Nitisinone (cápsula oral)	G	5	DL
Orfadin (20mg cápsula oral)	B	5	DL
Orfadin (suspensión oral)	B	5	DL
Procysbi (paquete oral)	B	5	DL
Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
RAVICTI (líquido oral)	B	5	DL; QL
Sapropterin Dihydrochloride (paquete oral)	G	5	DL
Sapropterin Dihydrochloride (tableta oral)	G	5	DL
Sodium Phenylbutyrate (polvo oral)	G	5	DL
Sodium Phenylbutyrate (tableta oral)	G	5	DL
Sucraid (solución oral)	B	5	DL
Tegsedi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Vyndamax (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Vyndaqel (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Zemaira (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	B	3	
Agentes genitourinarios			
Antiespasmódicos, urinarios			
Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	
Oxybutynin Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	QL
Oxybutynin Chloride (jarabe oral)	G	2	
Oxybutynin Chloride (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Solifenacin Succinate (tableta oral)	G	3	QL
Tolterodine Tartrate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Agentes para la hipertrofia prostática benigna			
Alfuzosin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Dutasteride (cápsula oral)	G	3	QL
Finasteride (5mg tableta oral) (Proscar genérico)	G	1	♦
Silodosin (cápsula oral)	G	3	QL
Tamsulosin HCl (cápsula oral)	G	1	♦
Terazosin HCl (cápsula oral)	G	2	
Agentes genitourinarios, otros			
Bethanechol Chloride (tableta oral)	G	2	
Elmiron (cápsula oral)	B	5	DL
Lithostat (tableta oral)	B	5	DL
Penicillamine (250mg cápsula oral)	G	5	PA; DL
Penicillamine (250mg tableta oral)	G	5	DL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)			
Dexamethasone (tónico oral)	G	2	
Dexamethasone (tableta oral)	G	2	
Fludrocortisone Acetate (tableta oral)	G	2	
Hydrocortisone (tableta oral)	G	3	
Methylprednisolone (tableta oral)	G	2	
Methylprednisolone (tableta oral, paquete de tratamiento)	G	2	
Prednisolone (solución oral)	G	2	
Prednisolone Sodium Phosphate (25mg/5ml solución oral, 6.7mg/5ml solución oral)	G	2	
Prednisone Intensol (concentrado oral)	G	2	
Prednisone (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Prednisone (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 50mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	1	♦
Prednisone (10mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 10mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento)	G	1	♦
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Desmopressin Acetate (tableta oral)	G	3	
Desmopressin Acetate Spray (solución nasal)	G	4	
Egrifta SV (2mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Genotropin MiniQuick (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Genotropin (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Increlex (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Serostim (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Zorbtive (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)			
Korlym (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)			
Esteroides anabólicos			
Oxandrolone (10mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Oxandrolone (2.5mg tableta oral)	G	3	PA; QL
Andrógenos			
Androderm (parche transdérmico 24 horas)	B	3	QL
Danazol (cápsula oral)	G	4	
Testosterone Cypionate (solución para inyección intramuscular)	G	2	
Testosterone Enanthate (solución para inyección intramuscular)	G	3	
Testosterone (25mg/2.5g 1% gel transdérmico, 50mg/5g 1% gel transdérmico), Testosterone Pump (1% gel transdérmico)	G	3	
Testosterone (20.25mg/1.25g 1.62% gel transdérmico, 40.5mg/2.5g 1.62% gel transdérmico), Testosterone Pump (1.62% gel transdérmico)	G	4	
Estrógenos			
Altavera (tableta oral)	G	4	
Alyacen 1/35 (tableta oral)	G	4	
Amethia (tableta oral)	G	4	
Apri (tableta oral)	G	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Aranelle (tableta oral)	G	4	
Ashlyna (tableta oral)	G	4	
Aubra EQ (tableta oral)	G	4	
Aviane (tableta oral)	G	4	
Balziva (tableta oral)	G	4	
Blisovi 24 Fe (tableta oral)	G	4	
Blisovi Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Briellyn (tableta oral)	G	4	
Camrese Lo (tableta oral)	G	4	
Caziant (tableta oral)	G	4	
Climara Pro (parche transdérmico semanal)	B	4	
Cryselle-28 (tableta oral)	G	4	
Cyclafem 1/35 (tableta oral)	G	4	
Cyclafem 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Cyred EQ (tableta oral)	G	4	
Depo-Estradiol (aceite para inyección intramuscular)	G	4	
Desogestrel-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Dolishale (tableta oral)	G	4	
Drospirenone-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Duavee (tableta oral)	B	4	
Elestrin (gel transdérmico)	B	4	
EluRyng (anillo vaginal)	G	4	
Emoquette (tableta oral)	G	4	
Enpresse-28 (tableta oral)	G	4	
Enskyce (tableta oral)	G	4	
Estarylla (tableta oral)	G	4	
Estradiol (tableta oral)	G	1	♦
Estradiol (parche transdérmico semanal)	G	3	QL
Estradiol (crema vaginal)	G	3	
Estradiol (tableta vaginal)	G	4	QL
Estradiol Valerate (aceite para inyección intramuscular)	G	4	
Estring (anillo vaginal)	B	4	
Ethinodiol Diacetate-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Etonogestrel-Ethinyl Estradiol (anillo vaginal)	G	4	
Falmina (tableta oral)	G	4	
Fayosim (tableta oral)	G	4	
Femring (anillo vaginal)	B	4	
Femynor (tableta oral)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fyavolv (tableta oral)	G	4	
Hailey 24 Fe (tableta oral)	G	4	
Iclevia (tableta oral)	G	4	
Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal)	B	3	PA; QL
Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal)	B	3	PA; QL
Introvale (tableta oral)	G	4	
Isibloom (tableta oral)	G	4	
Jasmiel (tableta oral)	G	4	
Jinteli (tableta oral)	G	4	
Juleber (tableta oral)	G	4	
Junel 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Junel 1/20 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 1/20 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 24 (tableta oral)	G	4	
Kaitlib Fe (tableta oral masticable)	G	4	
Kariva (tableta oral)	G	4	
Kelnor 1/35 (tableta oral)	G	4	
Kelnor 1/50 (tableta oral)	G	4	
Kurvelo (tableta oral)	G	4	
LARIN 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
LARIN 1/20 (tableta oral)	G	4	
LARIN Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
LARIN Fe 1/20 (tableta oral)	G	4	
Larissia (tableta oral)	G	4	
Layolis Fe (tableta oral masticable)	B	4	
Leena (tableta oral)	G	4	
Lessina (tableta oral)	G	4	
Levonest (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol 91-Day (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Levora 0.15/30 (28) (tableta oral)	G	4	
Loryna (tableta oral)	G	4	
Low-Ogestrel (tableta oral)	G	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lutera (tableta oral)	G	4	
Marlissa (tableta oral)	G	4	
Menest (tableta oral)	G	3	
Mibelas 24 Fe (tableta oral masticable)	G	4	
Microgestin 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Microgestin 1/20 (tableta oral)	G	4	
Microgestin Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Microgestin Fe 1/20 (tableta oral)	G	4	
Mili (tableta oral)	G	4	
Necon 0.5/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Nikki (tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol (0.5-2.5mg-mcg tableta oral, 1-20mg-mcg tableta oral, 1-5mg-mcg tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (1-20mg-mcg tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (0.4-35mg-mcg tableta oral masticable, 0.8-25mg-mcg tableta oral masticable, 1-20mg-mcg(24) tableta oral masticable)	G	4	
Norgestimate-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Norgestimate-Ethinyl Estradiol Triphasic (tableta oral)	G	4	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 1/35 (21) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 1/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Nylia 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Nymyo (tableta oral)	G	4	
Ocella (tableta oral)	G	4	
Orsythia (tableta oral)	G	4	
Pimtrea (tableta oral)	G	4	
Pirmella 1/35 (tableta oral)	G	4	
Portia-28 (tableta oral)	G	4	
Premarin (tableta oral)	B	4	QL
Premarin (crema vaginal)	B	3	
Premphase (tableta oral)	B	4	QL
Prempro (tableta oral)	B	4	QL
Previfem (tableta oral)	G	4	
Reclipsen (tableta oral)	G	4	
Rivelsa (tableta oral)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Setlakin (tableta oral)	G	4	
Sprintec 28 (tableta oral)	G	4	
Sronyx (tableta oral)	G	4	
Syeda (tableta oral)	G	4	
Tarina 24 Fe (tableta oral)	G	4	
Tarina Fe 1/20 EQ (tableta oral)	G	4	
Tilia Fe (tableta oral)	G	4	
Tri-Estarylla (tableta oral)	G	4	
Tri-Legest Fe (tableta oral)	G	4	
Tri-Lo-Estarylla (tableta oral)	G	4	
Tri-Lo-Sprintec (tableta oral)	G	4	
Tri-Mili (tableta oral)	G	4	
Tri-Nymyo (tableta oral)	G	4	
Tri-Previfem (tableta oral)	G	4	
Tri-Sprintec (tableta oral)	G	4	
Trivora (28) (tableta oral)	G	4	
Tri-VyLibra Lo (tableta oral)	G	4	
Tri-VyLibra (tableta oral)	G	4	
Velivet (tableta oral)	G	4	
Vestura (tableta oral)	G	4	
Vienva (tableta oral)	G	4	
Vyfemla (tableta oral)	G	4	
VyLibra (tableta oral)	G	4	
WYMZYA Fe (tableta oral masticable)	G	4	
Xulane (parche transdérmico semanal)	G	4	
Yuvaferm (tableta vaginal)	G	4	QL
Zafemy (parche transdérmico semanal)	G	4	
Zarah (tableta oral)	G	4	
Zovia 1/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Progestinas			
Camila (tableta oral)	G	4	
Crinone (gel vaginal)	B	4	PA
Deblitane (tableta oral)	G	4	
Errin (tableta oral)	G	4	
Incassia (tableta oral)	G	4	
Lyleq (tableta oral)	G	4	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lyza (tableta oral)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Megestrol Acetate (40mg/ml suspensión oral)	G	3	
Megestrol Acetate (625mg/5ml suspensión oral)	G	4	
Megestrol Acetate (tableta oral)	G	3	
Nora-BE (tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate (5mg tableta oral)	G	2	
Norethindrone (0.35mg tableta oral)	G	4	
Progesterone (cápsula oral)	G	2	
Sharobel (tableta oral)	G	4	
Agentes modificadores selectivos de los receptores de estrógeno			
Osphena (tableta oral)	B	3	PA; QL
Raloxifene HCl (tableta oral)	G	3	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)			
Euthyrox (tableta oral)	B	3	
Levo-T (tableta oral)	B	3	
Levothyroxine Sodium (tableta oral)	G	1	♦
Levoxyl (tableta oral)	B	3	
Liothyronine Sodium (tableta oral)	G	2	
Synthroid (tableta oral)	B	3	
Unithroid (tableta oral)	B	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)			
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)			
Isturisa (tableta oral)	B	5	PA; DL
Lysodren (tableta oral)	B	5	DL
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)			
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)			
Cabergoline (tableta oral)	G	3	
Firmagon (240mg dosis) (120mg/ampolleta de solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Firmagon (80mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	4	PA
Leuprolide Acetate (kit para inyección)	G	4	PA

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lupaneta Pack (kit de combinación)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Octreotide Acetate (1000mcg/ml solución para inyección, 500mcg/ml solución para inyección)	G	5	PA; DL
Octreotide Acetate (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección, 50mcg/ml solución para inyección)	G	4	PA
Orgovyx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Signifor (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Synarel (solución nasal)	B	5	DL
Trelstar Mixject (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Agentes hormonales, supresores (tiroides)			
Agentes antitiroideos			
Methimazole (tableta oral)	G	1	♦
Propylthiouracil (tableta oral)	G	2	
Agentes inmunológicos			
Agentes para el angioedema			
Berinert (kit para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Cinryze (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Haegarda (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
Ruconest (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Inmunoglobulinas			
BIVIGAM (5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Flebogamma DIF (5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gammagard (2.5g/25ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gammaked (1g/10ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Gammaplex (10g/100ml solución para inyección intravenosa, 10g/200ml solución para inyección intravenosa, 20g/200ml solución para inyección intravenosa, 5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gamunex-C (1g/10ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Octagam (1g/20ml solución para inyección intravenosa, 2g/20ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Panzyga (solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Varizig (solución para inyección intramuscular)	B	5	DL
Agentes inmunológicos, otros			
Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Arcalyst (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Benlysta (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Benlysta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Kineret (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Orencia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Otezla (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Ridaura (cápsula oral)	B	5	DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi (150mg dosis) (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stelara (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Tremfya (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Tremfya (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Xeljanz (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata)	B	5	PA; DL; QL
Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	5	PA; DL; QL
Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Inmunoestimulantes			
Actimmune (solución para inyección subcutánea)	B	5	DL
Intron A (solución para inyección)	B	5	PA; DL
Intron A (solución reconstituida para inyección)	B	5	PA; DL
Pegasys (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Inmunosupresores			
Azathioprine (tableta oral)	G	2	B/D,PA
Cimzia Prefilled (kit para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cimzia (kit para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cyclosporine Modified (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Cyclosporine Modified (solución oral)	G	3	B/D,PA
Cyclosporine (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	4	B/D,PA
Everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral)	G	5	B/D,PA; DL
Gengraf (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Gengraf (solución oral)	G	3	B/D,PA
Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira Pen Psoriasis Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Leflunomide (tableta oral)	G	2	
Methotrexate (tableta oral)	G	2	
Methotrexate Sodium (50mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	2	
Methotrexate Sodium (50mg/2ml solución para inyección)	G	2	
Mycophenolate Mofetil (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Mycophenolate Mofetil (suspensión oral reconstituida)	G	5	B/D,PA; DL
Mycophenolate Mofetil (tableta oral)	G	3	B/D,PA
Mycophenolate Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	B/D,PA
Prograf (paquete oral)	B	4	B/D,PA
Rasuvo (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA
Sandimmune (solución oral)	B	4	B/D,PA
Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Sirolimus (solución oral)	G	5	B/D,PA; DL
Sirolimus (tableta oral)	G	4	B/D,PA
Tacrolimus (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Trexall (tableta oral)	G	4	
Xatmep (solución oral)	B	4	PA
Zortress (1 mg tableta oral)	B	5	B/D,PA; DL
Vacunas			
ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	QL
Adacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
BCG Vaccine (inyección)	B	3	QL
Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Boostrix (5-2.5-18.5 suspensión para inyección intramuscular, 5-2.5-18.5 [0.5ml jeringa] suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Engerix-B (suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Havrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Hiberix (solución reconstituida para inyección)	B	3	QL
Imovax Rabies (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	B/D,PA; QL
Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
IPOLE (inyección)	B	3	QL
Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Kinrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Menactra (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	QL

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
MenQuadfi (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	QL
Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	QL
M-M-R II (solución reconstituida para inyección)	B	3	QL
Pediarix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	3	QL
Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	B/D,PA; QL
Recombivax HB (suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Rotarix (suspensión oral reconstituida)	B	3	QL
RotaTeq (solución oral)	B	3	QL
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	PA; QL
TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	QL
Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)	B	3	QL
VAQTA (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Varivax (inyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL
YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL
Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal			
Aminosalicilatos			
Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Balsalazide Disodium (cápsula oral)	G	4	
Dipentum (cápsula oral)	B	5	DL
Mesalamine ER (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Apriso genérico)	G	3	QL
Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico)	G	3	QL
Mesalamine (enema rectal)	G	4	QL
Mesalamine (supositorio rectal)	G	4	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pentasa (cápsula oral de liberación prolongada)	B	4	QL
Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
Glucocorticoides			
Budesonide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	5	ST; DL
Budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	4	
Hydrocortisone (Perianal) (2.5% crema para uso externo)	G	2	
Hydrocortisone (enema rectal)	G	4	
Procto-Med HC (crema para uso externo)	G	2	
Procto-Pak (crema para uso externo)	G	2	
Proctosol HC (2.5% crema para uso externo)	G	2	
Proctozone-HC (crema para uso externo)	G	2	
Agentes para la osteopatía metabólica			
Agentes para la osteopatía metabólica			
Alendronate Sodium (solución oral)	G	4	
Alendronate Sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral)	G	1	QL ♦
Calcitonin Salmon (solución nasal)	G	3	QL
Calcitriol (cápsula oral)	G	2	B/D,PA
Calcitriol (solución oral)	G	2	B/D,PA
Cinacalcet HCl (30mg tableta oral)	G	4	B/D,PA; QL
Cinacalcet HCl (60mg tableta oral, 90mg tableta oral)	G	5	B/D,PA; DL; QL
Doxercalciferol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Ibandronate Sodium (tableta oral)	G	2	QL
Natpara (cartucho para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Paricalcitol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL
Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)	B	5	DL; QL
Risedronate Sodium (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	QL
Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Xgeva (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Agentes terapéuticos varios			
Agentes terapéuticos varios			
Alcohol Prep Pads	G	3	
Gauze (apósito no medicado de 2X2)	G	3	
Insulin jeringas, agujas	G	3	
Agentes oftálmicos			
Agentes oftálmicos, otros			
Atropine Sulfate (1% solución oftálmica)	B	3	
Neomycin-Polymyxin-Bacitracin-Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	G	3	
Combigan (solución oftálmica)	B	3	
Cystaran (solución oftálmica)	B	5	DL
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica)	G	2	
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate Preservative Free (solución oftálmica)	G	4	
Lacrisert (inserto oftálmico)	B	4	
Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (ungüento oftálmico)	G	2	
Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (3.5-10000-0.1 suspensión oftálmica)	G	2	
Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión oftálmica)	G	4	
Pred-G (suspensión oftálmica)	B	4	
Pred-G S.O.P. (ungüento oftálmico)	B	4	
Proparacaine HCl (solución oftálmica)	G	2	
Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)	B	3	QL
Rocklatan (solución oftálmica)	B	3	ST
Sulfacetamide-Prednisolone (solución oftálmica)	G	2	
TobraDex (ungüento oftálmico)	B	3	
TobraDex ST (suspensión oftálmica)	B	4	
Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica)	G	3	
Xiidra (solución oftálmica)	B	4	QL
Agentes antialérgicos oftálmicos			
Alocril (solución oftálmica)	B	4	
Alomide (solución oftálmica)	B	4	
Azelastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Bepotastine Besilate (solución oftálmica)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bepreve (solución oftálmica)	B	4	
Cromolyn Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Epinastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Lastacaft (solución oftálmica)	B	3	
Olopatadine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Antiinfecciosos oftálmicos			
Bacitracin (ungüento oftálmico)	G	2	
Bacitracin-Polymyxin B (ungüento oftálmico)	G	2	
Besivance (suspensión oftálmica)	B	4	
Ciloxan (ungüento oftálmico)	B	4	
Ciprofloxacin HCl (solución oftálmica)	G	2	
Erythromycin (ungüento oftálmico)	G	2	
Gatifloxacin (solución oftálmica)	G	3	
Gentak (ungüento oftálmico)	G	2	
Gentamicin Sulfate (solución oftálmica)	G	2	
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	G	3	
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica) (Vigamox genérico)	G	4	
Natacyn (suspensión oftálmica)	B	4	
Neomycin-Bacitracin-Polymyxin (5-400-10000 ungüento oftálmico)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-Gramicidin (solución oftálmica)	G	3	
Ofloxacin (solución oftálmica)	G	2	
Polymyxin B-Trimethoprim (solución oftálmica)	G	2	
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico)	G	2	
Sulfacetamide Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Tobramycin (solución oftálmica)	G	2	
Tobrex (ungüento oftálmico)	B	4	
Trifluridine (solución oftálmica)	G	3	
Antiinflamatorios oftálmicos			
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	G	2	
Diclofenac Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Flarex (suspensión oftálmica)	B	4	
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	G	3	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	G	2	

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
FML Forte (suspensión oftálmica)	B	4	
FML (ungüento oftálmico)	B	4	
Ilevro (suspensión oftálmica)	B	3	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	G	3	
Lotemax (gel oftálmico)	B	4	
Lotemax (ungüento oftálmico)	B	4	
Lotemax (suspensión oftálmica)	B	4	
Lotemax SM (gel oftálmico)	B	4	
Loteprednol Etabonate (gel oftálmico)	G	4	
Loteprednol Etabonate (suspensión oftálmica)	G	4	
Pred Mild (suspensión oftálmica)	B	4	
Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	G	3	
Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	G	2	
Prolensa (solución oftálmica)	B	4	
Bloqueantes betaadrenérgicos oftálmicos			
Betaxolol HCl (solución oftálmica)	G	3	
Betimol (solución oftálmica)	B	4	
Carteolol HCl (solución oftálmica)	G	2	
Levobunolol HCl (solución oftálmica)	G	2	
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución oftálmica) (Timoptic-XE genérico)	G	3	
Timolol Maleate (0.25% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica) (Timoptic genérico)	G	1	♦
Agentes oftálmicos para bajar la presión intraocular, otros			
Alphagan P (0.1% solución oftálmica)	B	3	
Apraclonidine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica)	B	4	
Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica)	G	2	
Brinzolamide (suspensión oftálmica)	G	3	
Dorzolamide HCl (solución oftálmica)	G	2	
Methazolamide (tableta oral)	G	4	
Pilocarpine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Rhopressa (solución oftálmica)	B	3	ST
Simbrinza (suspensión oftálmica)	B	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas			
Latanoprost (solución oftálmica)	G	1	♦
Lumigan (solución oftálmica)	B	3	
Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Vyzulta (solución oftálmica)	B	4	
Agentes óticos			
Agentes óticos			
Acetic Acid (solución ótica)	G	2	
Cipro HC (suspensión ótica)	B	4	
Ciprofloxacin-Dexamethasone (suspensión ótica)	G	4	
Flac (aceite ótico)	G	4	
Fluocinolone Acetonide (aceite ótico)	G	4	
Hydrocortisone-Acetic Acid (solución ótica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-HC (1% solución ótica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica)	G	3	
Ofloxacin (solución ótica)	G	3	
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio			
Antihistamínicos			
Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)	G	3	
Azelastine-Fluticasone (suspensión nasal)	G	4	
Cetirizine HCl (1mg/ml solución oral)	G	2	
Cyproheptadine HCl (jarabe oral)	G	4	
Cyproheptadine HCl (tableta oral)	G	4	
Dymista (suspensión nasal)	B	4	
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables			
Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Budesonide (suspensión para inhalación)	G	4	B/D,PA
Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Flovent HFA (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Flunisolide (solución nasal)	G	1	♦
Fluticasone Propionate (suspensión nasal)	G	2	
Mometasone Furoate (suspensión nasal)	G	4	
Antileucotrienos			
Montelukast Sodium (paquete oral)	G	2	QL
Montelukast Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Montelukast Sodium (tableta oral masticable)	G	2	QL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Zafirlukast (tableta oral)	G	3	QL
Zileuton ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	5	ST; DL
Zyflo (tableta oral de liberación inmediata)	B	5	ST; DL
Broncodilatadores, anticolinérgicos			
Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación)	B	4	
Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Ipratropium Bromide (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
Ipratropium Bromide (solución nasal)	G	2	
Lonhala Magnair (solución para inhalación)	B	5	DL; QL
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)	B	3	QL
Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Broncodilatadores, simpaticomiméticos			
Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base)mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proair genérico), (108 (90 base)mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proventil genérico)	G	2	
Albuterol Sulfate (solución para nebulizador para inhalación)	G	2	B/D,PA
Albuterol Sulfate (jarabe oral)	G	4	
Albuterol Sulfate (tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)	G	3	QL
Formoterol Fumarate (solución para nebulizador para inhalación)	G	4	B/D,PA; QL
Levalbuterol HCl (solución para nebulizador para inhalación)	G	4	B/D,PA
Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)	B	4	B/D,PA; QL
ProAir HFA (solución en aerosol para inhalación)	B	3	
ProAir RespiClick (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	
Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Agentes para la fibrosis quística			
Cayston (solución reconstituida para inhalación)	B	5	PA; DL
Kalydeco (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Kalydeco (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Orkambi (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Orkambi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Pulmozyme (solución para inhalación)	B	5	B/D,PA; DL; QL
TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Tobramycin (solución para nebulizador para inhalación)	G	5	B/D,PA; DL; QL
Estabilizadores de mastocitos			
Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación)	G	5	B/D,PA; DL
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias			
Daliresp (tableta oral)	B	4	PA; QL
Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	2	
Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Theophylline (solución oral)	G	2	
Antihipertensivos pulmonares			
Adempas (tableta oral)	B	5	PA; DL
Alyq (tableta oral)	G	4	PA; QL
Ambrisentan (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Bosentan (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Opsumit (tableta oral)	B	5	PA; DL
Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada)	B	4	PA
Orenitram (0.25mg tableta oral de liberación prolongada, 1mg tableta oral de liberación prolongada, 2.5mg tableta oral de liberación prolongada, 5mg tableta oral de liberación prolongada)	B	5	PA; DL
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico)	G	3	PA; QL
Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Tracleer (tableta oral soluble)	B	5	PA; DL; QL
Ventavis (solución para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Agentes para la fibrosis pulmonar			
Esbriet (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Esbriet (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ofev (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Agentes del tracto respiratorio, otros			
Acetylcysteine (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Advair HFA (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Dulera (aerosol para inhalación)	B	4	QL
Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Fluticasone-Salmeterol (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	G	3	QL
Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación)	G	1	B/D,PA ♦
Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Symbicort (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico)	G	3	QL
Relajantes de músculos esqueléticos			
Relajantes de músculos esqueléticos			
Chlorzoxazone (500mg tableta oral)	G	3	
Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta oral)	G	4	
Methocarbamol (tableta oral)	G	3	QL
Agentes para trastornos del sueño			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Inductores del sueño			
Belsomra (tableta oral)	B	3	QL
Eszopiclone (tableta oral)	G	3	QL
Hetlioz LQ (suspensión oral)	B	5	PA; DL; QL
Hetlioz (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ramelteon (tableta oral)	G	4	QL
Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral)	G	2	QL
Zaleplon (cápsula oral)	G	3	QL
Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	QL
Promotores del estado de vigilia			
Armodafinil (tableta oral)	G	4	PA; QL
Modafinil (tableta oral)	G	3	PA; QL
Xyrem (solución oral)	B	5	PA; DL; QL

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 7-8.

Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL)

Esta lista muestra los medicamentos que tienen un límite de cantidad. Algunos medicamentos vienen en varias concentraciones, y cada una podría tener un límite de cantidad diferente. Si los límites de cantidad de un medicamento varían según la concentración, las diferentes concentraciones aparecen en renglones separados. Estos límites pueden aplicarse para proteger su seguridad.

El plan solamente cubrirá una cierta cantidad de estos medicamentos o solamente cubrirá estos medicamentos durante una cierta cantidad de días. Para obtener más información sobre los límites de cantidad, hable con su médico o farmacéutico. También puede llamar a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Los medicamentos están en orden alfabético en el cuadro a continuación. Los medicamentos **de marca (B)** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos (G) aparecen en letra normal (por ejemplo, Simvastatin). El identificador **(B)** o (G) se indica en la columna “De marca o Genérico”.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Abacavir Sulfate (solución oral)	G	Máximo de 32ml por día
Abacavir Sulfate (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Abacavir-Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Abiraterone Acetate (250mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Abiraterone Acetate (500mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Acarbose (100mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Acarbose (25mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Acarbose (50mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Acetaminophen-Caffeine-Dihydrocodeine (cápsula oral)	G	Máximo de 10 cápsulas por día
Acetaminophen-Codeine (120-12mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 150ml por día
Acetaminophen-Codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral)	G	Máximo de 13 tabletas por día
Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (3.6ml) cada 28 días
Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (3.6ml) cada 28 días
ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Acyclovir (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 1 tubo (30 gramos) cada 30 días
Adacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Advair HFA (aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Aimovig (140mg/ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1ml) cada 30 días
Aimovig (70mg/ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (2ml) cada 30 días
Albendazole (tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas por día
Alecensa (cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Alendronate Sodium (10MG tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Alendronate Sodium (35mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Alendronate Sodium (70mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Aliskiren Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Alprazolam (0.25mg tableta oral de liberación inmediata, 0.5mg tableta oral de liberación inmediata, 1mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (2mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Alunbrig (180mg tableta oral, 90mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Alunbrig (30mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (60 tabletas) por año
Alyq (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Ambrisentan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Atorvastatin (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Benazepril (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Amlodipine-Olmesartan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Valsartan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Valsartan-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Amphetamine-Dextroamphetamine (10mg tableta oral, 12.5mg tableta oral, 15mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Amphetamine-Dextroamphetamine (20mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Androderm (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Apokyn (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Aprepitant (125mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas cada 28 días
Aprepitant (40mg cápsula oral, 80mg cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas cada 28 días
Aprepitant (80 y 125mg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas (2 paquetes) cada 28 días
Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Aptiom (200mg tableta oral, 400mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Aptiom (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Aptivus (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	G	Máximo de 25ml por día
Aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Aripiprazole ODT (10mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Aripiprazole ODT (15mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Armodafinil (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Armodafinil (50mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Asenapine Maleate (tableta sublingual)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (150mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Atazanavir Sulfate (200mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atomoxetine HCl (100mg cápsula oral, 60mg cápsula oral, 80mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Atomoxetine HCl (10mg cápsula oral, 18mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 40mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atorvastatin Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Aubagio (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Austedo (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
Ayvakit (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Azelaic Acid (gel para uso externo)	G	Máximo de 50 gramos cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Balversa (3mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Balversa (4mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Balversa (5mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
BCG Vaccine (inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 ampolleta) por día
Belsomra (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Benazepril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Betaseron (kit para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (15 ampolletas) cada 30 días
Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
BiDil (tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Biktarvy (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Boostrix (5-2.5-18.5 suspensión para inyección intramuscular, 5-2.5-18.5 [0.5ml jeringa] suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Bosentan (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Bosulif (100mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Bosulif (400mg tableta oral, 500mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Breztri Aerosphere (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Brilinta (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
BRIVIACT (10mg/ml solución oral)	B	Máximo de 20ml por día
BRIVIACT (100mg tableta oral, 10mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Brukinsa (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (12-3mg película sublingual, 4-1mg película sublingual)	G	Máximo de 2 películas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (2-0.5mg película sublingual, 8-2mg película sublingual)	G	Máximo de 3 películas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (tableta sublingual)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine (parche transdérmico semanal)	G	Máximo de 4 parches cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Butalbital-Acetaminophen-Caffeine (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Butalbital-Aspirin-Caffeine (cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Butorphanol Tartrate (solución nasal)	G	Máximo de 2 frascos (5ml) cada 30 días
Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (3.4ml) cada 28 días
Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.4ml) cada 30 días
Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1.2ml) cada 30 días
Bystolic (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Bystolic (20mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Cablivi (kit para inyección)	B	Máximo de 1 kit por día
Cabometyx (20mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Cabometyx (40mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Calcipotriene (crema para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Calcipotriene (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Calcitonin Salmon (solución nasal)	G	Máximo de 1 frasco cada 28 días
Calquence (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Candesartan Cilexetil (16mg tableta oral, 32mg tableta oral, 4mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Candesartan Cilexetil (8mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Candesartan Cilexetil-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Caplyta (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Captopril (100mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Captopril (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Captopril (50mg tableta oral)	G	Máximo de 9 tabletas por día
Celecoxib (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Chloroquine Phosphate (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Cimduo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Cimzia Prefilled (kit para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits cada 28 días
Cimzia (2 X 200mg kit para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits cada 28 días
Cinacalcet HCl (30mg tableta oral, 60mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Cinacalcet HCl (90mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clindacin-P (hisopo para uso externo)	G	Máximo de 69 apósitos cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Clindamycin Phosphate (gel para uso externo)	G	Máximo de 75 gramos cada 30 días
Clindamycin Phosphate (loción para uso externo)	G	Máximo de 60ml cada 30 días
Clindamycin Phosphate (solución para uso externo)	G	Máximo de 60ml cada 30 días
Clindamycin Phosphate (hisopo para uso externo)	G	Máximo de 69 apósitos cada 30 días
Clobazam (2.5mg/ml suspensión oral)	G	Máximo de 16ml por día
Clobazam (10mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam (2mg tableta oral)	G	Máximo de 10 tabletas por día
Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam ODT (2mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 10 tabletas por día
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Clorazepate Dipotassium (15mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (3.75mg tableta oral)	G	Máximo de 24 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Clotrimazole-Betamethasone (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 9 tabletas por día
Clozapine ODT (12.5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Clozapine ODT (150mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Clozapine ODT (200mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clozapine ODT (25mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Codeine Sulfate (30mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 20 días
Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Complera (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Copiktra (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Corlanor (solución oral)	B	Máximo de 15ml por día
Corlanor (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 10 jeringas (10ml) cada 30 días
Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 10 plumas (10ml) cada 30 días
Cotellic (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Cycloset (tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Daliresp (250mcg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daliresp (500mcg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Daurismo (100mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daurismo (25mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Delstrigo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Descovy (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Desonide (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Desoximetasone (crema para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Desvenlafaxine Succinate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Desvenlafaxine Succinate ER (25mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	G	Máximo de 1 tableta por día
Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Dexmethylphenidate HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (10mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (15mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (5mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Diacomit (250mg cápsula oral)	B	Máximo de 12 cápsulas por día
Diacomit (500mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Diacomit (250mg paquete oral)	B	Máximo de 12 paquetes por día
Diacomit (500mg paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado oral)	G	Máximo de 8ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Diazepam (10mg gel rectal, 2.5mg gel rectal, 20mg gel rectal)	G	Máximo de 5 paquetes cada 30 días
Diclofenac Epolamine (parche para uso externo)	G	Máximo de 2 parches por día
Diclofenac Sodium (3% gel para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	G	Máximo de 16 ampolletas (16ml) cada 28 días
Dimethyl Fumarate (120mg cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Dimethyl Fumarate (240mg cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Dimethyl Fumarate Starter Pack (cápsula oral)	G	Máximo de 2 paquetes (120 cápsulas) por año
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Dofetilide (125mcg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Dofetilide (250mcg cápsula oral, 500mcg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Donepezil HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl (23mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Donepezil HCl ODT (10mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl ODT (5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 1 tableta por día
Dovato (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Doxepin HCl (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Drizalma Sprinkle (20mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 30mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 60mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Drizalma Sprinkle (40mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Droxidopa (100mg cápsula oral)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Droxidopa (200mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Dulera (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (13 gramos) cada 30 días
Duloxetine HCl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	Máximo de 4 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Duloxetine HCl (30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Dutasteride (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Econazole Nitrate (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Edarbi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Edarbyclor (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Edurant (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz (cápsula oral)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Efavirenz (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Eliquis (2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Eliquis Starter Pack (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes (148 tabletas) por año
Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas o plumas (3 ml) cada 30 días
Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
Emsam (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Emtricitabine (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Emtriva (solución oral)	B	Máximo de 5 frascos (850ml) cada 30 días
Enalapril Maleate (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril-Hydrochlorothiazide (10-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril-Hydrochlorothiazide (5-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 cartuchos cada 28 días
Enbrel (solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 ampolletas (4ml) cada 28 días
Enbrel (25mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 jeringas (4ml) cada 28 días
Enbrel (50mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 jeringas (8ml) cada 28 días
Enbrel (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 ampolletas cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 plumas cada 28 días
Endocet (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Engerix-B (10mcg/0.5ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Engerix-B (20mcg/ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Enoxaparin Sodium (100mg/ml solución para inyección subcutánea, 150mg/ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2 jeringas (2ml) por día
Enoxaparin Sodium (120mg/0.8ml solución para inyección subcutánea, 80mg/0.8ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2 jeringas (1.6ml) por día
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2 jeringas (0.6ml) por día
Enoxaparin Sodium (40mg/0.4ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2 jeringas (0.8ml) por día
Enoxaparin Sodium (60mg/0.6ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2 jeringas (1.2ml) por día
Entresto (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Epclusa (200-50mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Epclusa (400-100mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)	G	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
Erleada (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Erlotinib HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Erlotinib HCl (25mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Esbriet (cápsula oral)	B	Máximo de 9 cápsulas por día
Esbriet (267mg tableta oral)	B	Máximo de 9 tabletas por día
Esbriet (801mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Esomeprazole Magnesium (20mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Estradiol (parche transdérmico semanal)	G	Máximo de 4 parches cada 28 días
Estradiol (tableta vaginal)	G	Máximo de 18 tabletas cada 28 días
Eszopiclone (tableta oral)	G	Máximo de 90 tabletas por año
Etravirine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Evotaz (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Ezetimibe (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Famciclovir (125mg tableta oral, 250mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Famciclovir (500mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Fanapt Titration Pack (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Farxiga (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Fentanyl Citrate (pastilla para chupar con aplicador)	G	Máximo de 4 pastillas para chupar por día
Fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas)	G	Máximo de 15 parches cada 30 días
Fetzima (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 40mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 80mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (56 cápsulas) por año
Finacea (espuma para uso externo)	B	Máximo de 50 gramos cada 30 días
Fintepla (solución oral)	B	Máximo de 12ml por día
Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 2 inhaladores (120 blísteres) cada 30 días
Flovent HFA (110mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (220mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 2 inhaladores (24 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (44mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.6 gramos) cada 30 días
Fluocinonide Emulsified Base (crema para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (0.05% crema para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (gel para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (solución para uso externo)	G	Máximo de 60ml cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Fluorouracil (5% crema para uso externo)	G	Máximo de 40 gramos cada 30 días
Fluticasone-Salmeterol (100-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 250-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 500-50mcg/dosis polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico)	G	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Fluticasone-Salmeterol (113-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 232-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 55-14mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (equivalente a la marca AirDuo)	G	Máximo de 1 inhalador cada 30 días
Fluvastatin Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Fluvastatin Sodium (20mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Fluvastatin Sodium (40mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Formoterol Fumarate (solución para nebulizador para inhalación)	G	Máximo de 2 ampolletas (4ml) por día
Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.4ml) cada 28 días
Fosamprenavir Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Fosinopril Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Fotivda (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 ampolletas por día
Fycompa (suspensión oral)	B	Máximo de 24ml por día
Fycompa (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Galantamine Hydrobromide ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Galantamine Hydrobromide (solución oral)	G	Máximo de 2 frascos (200ml) cada 30 días
Galantamine Hydrobromide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Gavreto (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Genvoya (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Gilenya (0.5mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
Glatiramer Acetate (20mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 1 jeringa (1ml) por día
Glatiramer Acetate (40mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 jeringas (12ml) cada 28 días
Glatopa (20mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 1 jeringa (1ml) por día
Glatopa (40mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 jeringas (12ml) cada 28 días
Glimepiride (1mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glimepiride (2mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glimepiride (4mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (10mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (2.5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (10mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide-Metformin HCl (2.5-250mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide-Metformin HCl (2.5-500mg tableta oral, 5-500mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glyxambi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Granisetron HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Havrix (1440UE/ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Havrix (720UE/0.5ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Hetlioz LQ (suspensión oral)	B	Máximo de 158ml cada 30 días
Hetlioz (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Hiberix (solución reconstituida para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml & 40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pen (40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits (4 plumas) cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Humira Pen (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea, 80mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (2 plumas) cada 28 días
Humira Pen Crohns Disease Starter (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pen Crohns Disease Starter (80mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pen Psoriasis Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira (10mg/0.1ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea, 20mg/0.2ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea, 40mg/0.8ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (2 jeringas) cada 28 días
Humira (40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits (4 jeringas) cada 28 días
Hydrocodone-Acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral)	G	Máximo de 180ml por día
Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone-Ibuprofen (7.5-200mg tableta oral)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Hydromorphone HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido oral)	G	Máximo de 50ml por día
Hydromorphone HCl (2mg tableta oral de liberación inmediata, 4mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Hydromorphone HCl (8mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Ibandronate Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta cada 28 días
Ibrance (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Ibrance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 3 jeringas (9 ml) por día
Iclusig (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
IDHIFA (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Imbruvica (140mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Imbruvica (70mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Imbruvica (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Imiquimod (5% crema para uso externo)	G	Máximo de 24 gramos cada 30 días
Imovax Rabies (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal)	B	Máximo de 8 óvulos vaginales cada 28 días
Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Ingrezza (40mg cápsula oral, 60mg cápsula oral, 80mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (28 cápsulas) cada 28 días
Inlyta (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Inqovi (tableta oral)	B	Máximo de 1 paquete (5 tabletas) cada 28 días
Inrebic (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Intence (25mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Invirase (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
IPOL (inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Irbesartan (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (75mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Iressa (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
ISENTRESS HD (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
ISENTRESS (paquete oral)	B	Máximo de 2 paquetes por día
ISENTRESS (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
ISENTRESS (tableta oral masticable)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Itraconazole (cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Jakafi (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet XR (100-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Janumet XR (50-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50-500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Januvia (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Jardiance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Jentaduetto XR (2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Jentaduetto XR (5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Juluca (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Kalydeco (paquete oral)	B	Máximo de 2 paquetes por día
Kalydeco (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Kinrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Kisqali (200mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Kisqali (400mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Kisqali (600mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (49 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (70 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
Korlym (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Koselugo (10mg cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Koselugo (25mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)	B	Máximo de 5 películas por día
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	G	Máximo de 32ml por día
Lamivudine (150mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lamivudine (300mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Latuda (120mg tableta oral, 20mg tableta oral, 40mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Latuda (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Levorphanol Tartrate (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Lexiva (suspensión oral)	B	Máximo de 60ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Lidocaine (5% ungüento para uso externo)	G	Máximo de 152 gramos cada 30 días
Lidocaine (5% parche para uso externo)	G	Máximo de 3 parches por día
Linezolid (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Linzezz (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Lisinopril (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (10-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (20-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (20-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Livalo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Lokelma (paquete oral)	B	Máximo de 90 paquetes cada 30 días
Lonhala Magnair (solución para inhalación)	B	Máximo de 2 ampolletas (2ml) por día
Lonsurf (15-6.14mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Lonsurf (20-8.19mg tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir-Ritonavir (solución oral)	G	Máximo de 3 frascos (480ml) cada 30 días
Lopinavir-Ritonavir (100-25mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir-Ritonavir (200-50mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam Intensol (concentrado oral)	G	Máximo de 5ml por día
Lorazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam (2mg tableta oral)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Lorbrena (100mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Lorbrena (25mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Losartan Potassium (100mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium (25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Losartan Potassium-HCTZ (100-12.5mg tableta oral, 100-25mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium-HCTZ (50-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lovastatin (10mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lovastatin (40mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lubiprostone (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Lumakras (tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día
Lynparza (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Mavyret (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Mayzent (0.25mg tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Mayzent (2mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Mayzent Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (24 tabletas) por año
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	G	Máximo de 10ml por día
Memantine HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Memantine HCl (5mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Menactra (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
MenQuadfi (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Mesalamine ER (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Apriso genérico)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Mesalamine (enema rectal)	G	Máximo de 1 frasco (60ml) por día
Mesalamine (supositorio rectal)	G	Máximo de 1 supositorio por día
Metformin HCl ER (500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Metformin HCl ER (750mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Metformin HCl (500mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 25.5ml por día
Metformin HCl (1000mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2.5 tabletas por día
Metformin HCl (500mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Metformin HCl (850mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Methadone HCl (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 60ml por día
Methadone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 120ml por día
Methadone HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Methadone HCl (5mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Methocarbamol (tableta oral)	G	Máximo de 540 tabletas por año
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Methylphenidate HCl ER (20mg tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 30ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Methylphenidate HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 60ml por día
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (100mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (25mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Miglitol (50mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
M-M-R II (solución reconstituida para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Modafinil (100mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Modafinil (200mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Montelukast Sodium (paquete oral)	G	Máximo de 1 paquete por día
Montelukast Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (tableta oral masticable)	G	Máximo de 1 tableta por día
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 10ml por día
Morphine Sulfate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada, 15mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (200mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 100ml por día
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 50ml por día
Morphine Sulfate (15mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Morphine Sulfate (30mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Motegrity (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Movantik (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Multaq (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 110 gramos cada 30 días
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Naratriptan HCl (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Nateglinide (120mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Nateglinide (60mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Nayzilam (solución nasal)	B	Máximo de 10 dispositivos cada 30 días
Nerlynx (tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nevirapine ER (400mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Nevirapine (suspensión oral)	G	Máximo de 40ml por día
Nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nifedipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Ninlaro (cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas cada 28 días
Norvir (paquete oral)	B	Máximo de 12 paquetes por día
Norvir (solución oral)	B	Máximo de 16ml por día
Nubeqa (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3ml cada 28 días
Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3ml cada 28 días
Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 ampolletas cada 28 días
Nucynta ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Nuedexta (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Nuplazid (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Nuplazid (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Nyamyc (polvo para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Nystatin (polvo para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Nystop (polvo para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Ocaliva (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Odefsey (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Ofev (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Olanzapine (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Olanzapine ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable, 20mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (20mg tableta oral, 40mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Olmesartan Medoxomil-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula oral) (Lovaza genérico)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Onureg (tableta oral)	B	Máximo de 14 tabletas cada 28 días
Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
Orencia (125mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
Orencia (50mg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (1.6ml) cada 28 días
Orencia (87.5mg/0.7ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (2.8ml) cada 28 días
Orgovyx (tableta oral)	B	Máximo de 32 tabletas cada 30 días
Orkambi (paquete oral)	B	Máximo de 56 paquetes cada 28 días
Orkambi (tableta oral)	B	Máximo de 112 tabletas cada 28 días
Oseltamivir Phosphate (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida)	G	Máximo de 26ml por día
Osphena (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Otezla (30mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 kits por año
Oxandrolone (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Oxandrolone (2.5mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (10mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (15mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado oral)	G	Máximo de 6ml por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 130ml por día
Oxycodone HCl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (15mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Oxycodone HCl (20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1.5ml) cada 28 días
Ozempic (1mg/dosis) (2mg/1.5ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (3ml) cada 28 días
Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (3ml) cada 28 días
Paliperidone ER (1.5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 3mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 9mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Paliperidone ER (6mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (20mg tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (40mg tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Pediarix (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Pemazyre (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inhalación)	G	Máximo de 1 ampolleta (300 mg) cada 28 días
Pentasa (250mg cápsula oral de liberación prolongada)	B	Máximo de 12 cápsulas por día
Pentasa (500mg cápsula oral de liberación prolongada)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)	B	Máximo de 2 ampolletas (4ml) por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Perindopril Erbumine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Picato (0.015% gel para uso externo)	B	Máximo de 3 tubos cada 30 días
Picato (0.05% gel para uso externo)	B	Máximo de 2 tubos cada 30 días
Pifeltro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Pimecrolimus (crema para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Pioglitazone HCl (15mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Pioglitazone HCl (30mg tableta oral, 45mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl-Glimepiride (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl-Metformin HCl (tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 tableta por día
Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Pomalyst (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Posaconazole (tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (2ml) cada 28 días
Prasugrel HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pravastatin Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pregabalin (100mg cápsula oral, 150mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 50mg cápsula oral, 75mg cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Pregabalin (200mg cápsula oral)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Pregabalin (225mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Pregabalin (solución oral)	G	Máximo de 30ml por día
Premarin (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Premphase (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prempro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prevymis (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prezcobix (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prezista (suspensión oral)	B	Máximo de 2 frascos (400ml) cada 30 días
Prezista (150mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Prezista (600mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Prezista (75mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Prezista (800mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
Promacta (paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día
Promacta (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Promacta (50mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Promethazine HCl (12.5mg supositorio rectal)	G	Máximo de 6 supositorios por día
Promethazine HCl (25mg supositorio rectal)	G	Máximo de 4 supositorios por día
Promethegan (25mg supositorio rectal)	G	Máximo de 4 supositorios por día
ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Pulmozyme (solución para inhalación)	B	Máximo de 2 ampollas (5 ml) por día
Qinlock (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Quetiapine Fumarate ER (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Quetiapine Fumarate ER (300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 400mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (25mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (300mg tableta oral de liberación inmediata, 400mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril-Hydrochlorothiazide (10-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Quinapril-Hydrochlorothiazide (20-12.5mg tableta oral, 20-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Raloxifene HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Ramelteon (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Ramipril (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
RAVICTI (líquido oral)	B	Máximo de 17.5ml por día
Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 12 plumas (6ml) cada 28 días
Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 12 jeringas (6ml) cada 28 días
Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Recombivax HB (10mcg/ml suspensión para inyección, 10mcg/ml [1ml jeringa] suspensión para inyección, 40mcg/ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Recombivax HB (5mcg/0.5ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Rectiv (ungüento rectal)	B	Máximo de 30 gramos cada 30 días
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 3 inhaladores (60 blísteres) cada 30 días
Relistor (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Repaglinide (0.5mg tableta oral)	G	Máximo de 32 tabletas por día
Repaglinide (1mg tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas por día
Repaglinide (2mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 cartucho (3.5ml) cada 28 días
Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 plumas (3ml) cada 28 días
Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)	B	Máximo de 2 ampolletas por día
Retevmo (40mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Retevmo (80mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Revlimid (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Rexulti (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Reyataz (paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día
Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (150mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Risedronate Sodium (30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (35mg tableta oral de liberación inmediata, 35mg [paquete de 12 unidades] tableta oral de liberación inmediata, 35mg [paquete de 4 unidades] tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Ritonavir (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)	G	Máximo de 1 parche por día
Rizatriptan Benzoate (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rosuvastatin Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Rotarix (suspensión oral reconstituida)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
RotaTaq (solución oral)	B	1 dosis de vacuna (2ml) por día
Rozlytrek (100mg cápsula oral)	B	Máximo de 5 cápsulas por día
Rozlytrek (200mg cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Rubraca (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Rybelsus (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Rydapt (cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Sancuso (parche transdérmico)	B	Máximo de 4 parches cada 28 días
Secuado (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Selzentry (solución oral)	B	Máximo de 8 frascos (1840ml) cada 30 días
Selzentry (150mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Selzentry (25mg tableta oral, 300mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Serevent Diskus (60 polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 inhalaciones) cada 30 días
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Silodosin (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Simponi (100mg/ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Simponi (50mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
Simponi (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
Simponi (50mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
Simvastatin (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Skyrizi (150mg dosis) (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits cada 84 días
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (2ml) cada 84 días
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas (2ml) cada 84 días
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Solifenacin Succinate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 6 plumas (18 ml) cada 30 días
Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 ampolleta por día
Sovaldi (150mg paquete oral)	B	Máximo de 1 caja (28 paquetes) cada 28 días
Sovaldi (200mg paquete oral)	B	Máximo de 2 cajas (56 paquetes) cada 28 días
Sovaldi (400mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Sprycel (100mg tableta oral, 140mg tableta oral, 70mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Sprycel (20mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Sprycel (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Stelara (solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 6 ampolletas (3ml) cada 84 días
Stelara (45mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 6 jeringas (3ml) cada 84 días
Stelara (90mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 84 días
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Stivarga (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Stribild (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Suboxone (12-3mg película sublingual, 4-1mg película sublingual)	B	Máximo de 2 películas por día
Suboxone (2-0.5mg película sublingual, 8-2mg película sublingual)	B	Máximo de 3 películas por día
Sumatriptan (solución nasal)	G	Máximo de 12 dispositivos cada 30 días
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Sumatriptan Succinate Refill (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sunitinib Malate (12.5mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Sunitinib Malate (37.5mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Symbicort (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.2 gramos) cada 30 días
Sympazan (película oral)	B	Máximo de 2 películas por día
Symtuza (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Synjardy XR (10-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Synjardy XR (12.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Tabrecta (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Tagrisso (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Talzenna (0.25mg cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Talzenna (1mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Targretin (gel para uso externo)	B	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Tasigna (150mg cápsula oral)	B	Máximo de 5 cápsulas por día
Tasigna (200mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Tasigna (50mg cápsula oral)	B	Máximo de 14 cápsulas por día
Tazverik (tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tecfidera Starter Pack (oral)	B	Máximo de 2 paquetes (120 cápsulas) por año
Tecfidera (120mg cápsula oral de liberación retardada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Tecfidera (240mg cápsula oral de liberación retardada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Telmisartan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan-Amlodipine (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan-HCTZ (40-12.5mg tableta oral, 80-25mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan-HCTZ (80-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Temixys (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Tepmetko (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.48ml) cada 28 días
Tetrabenazine (12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Tetrabenazine (25mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Thalomid (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Thalomid (150mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Tibsovo (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tivicay (50mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay PD (tableta oral soluble)	B	Máximo de 6 tabletas por día
TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (300mg/4ml solución para nebulizador para inhalación)	G	Máximo de 2 ampollas (8 ml) por día
Tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación)	G	Máximo de 2 ampollas (10 ml) por día
Tolcapone (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Tracleer (tableta oral soluble)	B	Máximo de 8 tabletas por día
Tradjenta (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl ER (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Tramadol HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol-Acetaminophen (tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 1 tableta por día
Trelegy Eliipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Tremfya (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (2ml) cada 56 días
Tremfya (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas (2ml) cada 56 días
Trientine HCl (cápsula oral)	G	Máximo de 8 cápsulas por día
Trijardy XR (10-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Trijardy XR (12.5-2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Trintellix (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Triumeq (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Trulance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (2ml) cada 28 días
Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tukysa (150mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Tukysa (50mg tableta oral)	B	Máximo de 12 tabletas por día
Turalio (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Tybost (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1.56ml cada 30 días
Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Ukoniq (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Valacyclovir HCl (1g tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Valacyclovir HCl (500mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Valchlor (gel para uso externo)	B	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida)	G	Máximo de 36ml por día
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Valsartan (160mg tableta oral, 40mg tableta oral, 80mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Valsartan (320mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Valtoco 10mg Dose (líquido nasal)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (10 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 5mg Dose (líquido nasal)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (10 atomizadores) cada 30 días
Vancomycin HCl (125mg cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Vancomycin HCl (250mg cápsula oral)	G	Máximo de 8 cápsulas por día
VAQTA (25 unidades/0.5ml suspensión para inyección intramuscular, 25 unidades/0.5ml 0.5ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
VAQTA (50 unidades/ml suspensión para inyección intramuscular, 50 unidades/ml 1ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Varivax (inyectable para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Veltassa (paquete oral)	B	Máximo de 1 paquete por día
Vemlidy (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Venclexta (100mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Venclexta (10mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Venclexta (50mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Ventavis (10mcg/ml solución para inhalación)	B	Máximo de 7ml por día
Ventavis (20mcg/ml solución para inhalación)	B	Máximo de 3ml por día
Verzenio (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 plumas (9ml) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Vigabatrin (paquete oral)	G	Máximo de 6 paquetes por día
Vigabatrin (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Vigadrone (paquete oral)	G	Máximo de 6 paquetes por día
Viibryd (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Viibryd Starter Pack (kit oral)	B	Máximo de 2 paquetes (60 tabletas) por año
Vimpat (solución oral)	B	Máximo de 40ml por día
Vimpat (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Viracept (250mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Viracept (625mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Viread (polvo oral)	B	Máximo de 4 frascos (240 gramos) cada 30 días
Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Vitlakvi (100mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Vitlakvi (25mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Vitlakvi (solución oral)	B	Máximo de 20ml por día
Vizimpro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Vosevi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Votrient (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Vraylar (1.5mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4.5mg cápsula oral, 6mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Vraylar (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (14 cápsulas) por año
Vyndamax (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Vyndaqel (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico)	G	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Xarelto (10mg tableta oral, 20mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Xarelto (15mg tableta oral, 2.5mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xarelto Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Xcopri (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (56 tabletas) cada 28 días
Xcopri (350mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (56 tabletas) cada 28 días
Xcopri (100mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Xcopri (150mg tableta oral, 200mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xcopri (tableta oral, paquete de tratamiento para ajuste de dosis)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Xeljanz (solución oral)	B	Máximo de 10ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Xermelo (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Xigduo XR (10-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 10-500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Xigduo XR (2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xiidra (solución oftálmica)	B	Máximo de 2 ampolletas por día
Xofluza (40mg dosis) (1 x 40mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas cada 30 días
Xospata (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Xpovio (100mg una vez por semana) (20mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 20 tabletas cada 28 días
Xpovio (100mg una vez por semana) (50mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg una vez por semana) (20mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg una vez por semana) (40mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg dos veces por semana) (20mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 16 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg dos veces por semana) (40mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (60mg una vez por semana) (20mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 12 tabletas cada 28 días
Xpovio (60mg una vez por semana) (60mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Xpovio (60mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 24 tabletas cada 28 días
Xpovio (80mg una vez por semana) (20mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 16 tabletas cada 28 días
Xpovio (80mg una vez por semana) (40mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (80mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 32 tabletas cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Xtampza ER (13.5mg cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 18mg cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 9mg cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Xtampza ER (27mg cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 36mg cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Xtandi (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Xtandi (40mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Xtandi (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xyrem (solución oral)	B	Máximo de 18ml por día
YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Yuvaferm (tableta vaginal)	G	Máximo de 18 tabletas cada 28 días
Zafirlukast (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Zaleplon (10mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (5mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Zejula (cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Zidovudine (cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Zidovudine (jarabe oral)	G	Máximo de 64ml por día
Zidovudine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Ziprasidone HCl (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta por día
Zydelig (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Zykadia (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día

Medicamentos cubiertos adicionales

El plan tiene cobertura adicional para los medicamentos con receta que aparecen a continuación. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta. La cantidad que usted paga cuando surte recetas de estos medicamentos no se toma en cuenta para alcanzar los costos totales de sus medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda para calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores). Además, si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, este programa no le dará ninguna cantidad para pagar estos medicamentos.

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones
Vitaminas		
Folic Acid (1mg tableta)	2	
Cyanocobalamin (1000mcg/ml ampolleta)	2	
Ergocalciferol (50000mcg cápsula)	2	
Disfunción Eréctil		
Sildenafil (25mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (50mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (100mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días

Información necesaria

Es posible que los beneficios, la lista de medicamentos (formulario), la red de farmacias, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año, y de vez en cuando durante el año del plan. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Esta información esta disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la portada.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number located on the cover.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud. UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, letra grande, audio o bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la portada.

Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, llame a Servicio al Cliente al:



Llamada gratuita: **1-888-282-1420**, TTY **711**

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



www.rmhpMedicare.org