



# Lista Completa de Medicamentos (Formulario) 2023

AARP® Medicare Advantage Plan 1 (HMO-POS)

AARP® Medicare Advantage Plan 2 (HMO-POS)

AARP® Medicare Advantage Plan 3 (HMO-POS)

**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 de UnitedHealthcare al:



Número gratuito: **1-866-314-8188**, TTY **711**

las 24 horas del día, los 7 días de la semana



**myAARPMedicare.com**

**AARP** | Medicare Advantage  
from  UnitedHealthcare

Número de ID del Formulario 00023003, versión 10  
Y0066\_060822\_113745\_C SP v09.02

Última actualización: 1 de febrero de 2022

# 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 .....	5
¿Hay alguna regla o límite en mi cobertura de medicamentos? .....	6
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en esta lista?.....	8
¿Cómo puedo obtener una excepción? .....	8
¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción? .....	9
¿La Lista de Medicamentos puede cambiar? .....	10
Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes .....	12
Medicamentos cubiertos listados por nombre <b>(Índice de medicamentos)</b> .....	13
Medicamentos cubiertos listados por categoría .....	33
Medicamentos cubiertos con un límite de cantidad (QL) .....	111
Medicamentos cubiertos adicionales .....	147

## ¿Preguntas?

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



Número gratuito: **1-866-314-8188**, TTY 711  
las 24 horas del día, los 7 días de la semana

## ¿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 febrero de 2022.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. 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”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta Lista de Medicamentos, se refieren a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan”, “nuestro plan” o “su plan”, hacen referencia a AARP Medicare Advantage plans.

**Mensaje Importante sobre lo que usted paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare para obtener más información.

**Mensaje Importante sobre lo que usted paga por la insulina** - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, incluso si usted no ha pagado su deducible.

## ¿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 13-32. 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 33-110. 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 [myAARPMedicare.com](http://myAARPMedicare.com). Puede usar las herramientas disponibles en Internet para buscar sus medicamentos. Esta información se actualiza con frecuencia.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Nuestro plan cubre 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 un copago o coseguro. La siguiente tabla 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 de UnitedHealthcare. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

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

\*Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada. Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

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 147.

### 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 califican para el programa Ayuda Adicional recibirán la **Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura** (también se le llama Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos [Low Income Subsidy, LIS] para quienes reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta). Léala para saber sus costos. También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. 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” de la tabla “Medicamentos cubiertos listados por categoría” que comienza en la página 33. 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 de UnitedHealthcare. 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 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 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 más que esa cantidad 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 8 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 controlar 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 cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan 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, la farmacia puede anular el límite cuando corresponda.

### **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 cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

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

## ¿Cómo puedo 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 de UnitedHealthcare. 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 en un plazo no mayor de 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 en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico.



## ¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?

Como miembro nuevo o existente del plan, es posible que cubramos un suministro temporal de su medicamento si dicho medicamento no aparece en nuestra Lista 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 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, revise su Evidencia de Cobertura.

Es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía. La siguiente tabla 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 <b>O</b> 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 en 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 indica menos días, permitiremos resurtidos que proporcionen un suministro de al menos el número de días indicado en la tabla anterior. **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 8.

- **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 un suministro de menos de 1 mes**

---

Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de menos 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 en un suministro de 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, revise su Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos con receta de su plan, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare. 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](http://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 HFA .....	108
Abacavir Sulfate .....	62	
Abacavir Sulfate -Lamivudine . .....	62	
Abelcet .....	48	
Abilify Maintena .....	58	
Abiraterone Acetate .....	51	
Acamprosate Calcium .....	36	
Acarbose .....	64	
Accutane .....	78	
Acebutolol HCl .....	71	
Acetaminophen -Caffeine -Dihydrocodeine . .....	34	
Acetaminophen -Codeine . ...	34	
Acetazolamide . .....	73	
Acetazolamide ER .....	73	
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 .....	108	
Advair Diskus .....	108	
	Advair HFA .....	108
	Aimovig .....	50
	Ala -Cort .....	79
	Albendazole .....	56
	Albuterol Sulfate . .....	107
	Albuterol Sulfate HFA .....	107
	Alclometasone Dipropionate . .....	79
	Alcohol Prep Pads.....	102
	Alecensa .....	52
	Alendronate Sodium .....	102
	Alfuzosin HCl ER . .....	88
	Aliskiren Fumarate . .....	73
	Allopurinol .....	49
	Alocril .....	103
	Alomide .....	103
	Alosetron HCl . .....	85
	Alphagan P . .....	105
	Alprazolam .....	64
	Altavera .....	90
	Alunbrig . .....	53
	Alyacen 1/35 .....	90
	Alyq .....	108
	AmBisome .....	48
	Amantadine HCl . .....	56
	Ambrisentan . .....	108
	Amethia .....	90
	Amikacin Sulfate .....	37
	Amiloride HCl . .....	74
	Amiloride -Hydrochlorothiazide .....	73
	Amiodarone HCl .....	70
	Amitriptyline HCl .....	47
	Amlodipine Besylate .....	71
	Amlodipine -Atorvastatin .....	73
	Amlodipine -Benazepril .....	73
	Amlodipine -Olmesartan .....	73
	Amlodipine -Valsartan . .....	73
	Ammonium Lactate . .....	79
	Amnesteem .....	78
	Amoxapine .....	47
	Amoxicillin .....	39
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate . .....	40
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate ER .....	39
	Amphetamine -Dextroamphetamine .....	76
	Amphetamine -Dextroamphetamine ER . ....	76
	Amphotericin B .....	48
	Ampicillin .....	40
	Ampicillin Sodium . .....	40
	Ampicillin -Sulbactam Sodium . .....	40
	Anagrelide HCl .....	68
	Anastrozole .....	52
	Androderm .....	89
	Anoro Ellipta . .....	108
	Anzemet .....	48
	Apomorphine HCl . .....	56
	Apraclonidine HCl .....	105
	Aprepitant .....	48

Apri .....	90	Austedo .....	77	Benzoyl Peroxide -Erythromycin .....	78
Apriso .....	101	Aviane .....	90	Benzotropine Mesylate .....	56
Aptiom .....	44	Avonex Pen .....	77	Bepotastine Besilate .....	103
Aptivus .....	63	Avonex Prefilled .....	77	Bepreve .....	103
Aralast NP .....	87	Ayvakit .....	53	Berinert .....	95
Aranelle .....	90	Azathioprine .....	97	Besivance .....	103
Aranesp .....	69	Azelaic Acid .....	78	Besremi .....	97
Arcalyst .....	96	Azelastine HCl .....	105	Betaine .....	87
Aripiprazole .....	58	Azelastine -Fluticasone .....	106	Betamethasone Dipropionate . .....	79
Aripiprazole ODT .....	58	Azithromycin .....	41	Betamethasone Dipropionate Aug .....	79
Aristada .....	58	Aztreonam .....	37	Betamethasone Valerate .....	79
Aristada Initio .....	58	<b>B</b>		Betaseron .....	77
Armodafinil .....	110	BCG Vaccine .....	99	Betaxolol HCl .....	105
Arnuity Ellipta .....	106	BIVIGAM .....	96	Bethanechol Chloride .....	88
Asenapine Maleate .....	58	BRIVIACT .....	42	Betimol .....	105
Ashlyna .....	90	Bacitracin .....	103	Bevespi Aerosphere .....	108
Aspirin -Dipyridamole ER .....	69	Bacitracin -Polymyxin B .....	103	Bexarotene .....	55
Atazanavir Sulfate .....	63	Baclofen .....	60	Bexsero .....	99
Atenolol .....	71	Balsalazide Disodium .....	101	Bicalutamide .....	51
Atenolol -Chlorthalidone .....	73	Balversa .....	53	Bicillin C -R .....	40
Atomoxetine HCl .....	76	Balziva .....	90	Bicillin C -R 900/300 .....	40
Atorvastatin Calcium .....	75	Baqsimi One Pack .....	66	Bicillin L -A .....	40
Atovaquone .....	56	Baraclude .....	60	Biktarvy .....	61
Atovaquone -Proguanil HCl .....	56	Belsomra .....	110	Bisoprolol Fumarate .....	71
Atropine Sulfate .....	102	Benazepril HCl .....	70	Bisoprolol -Hydrochlorothiazide .....	73
Atrovent HFA .....	106	Benazepril -Hydrochlorothiazide .....	73	Blisovi 24 Fe .....	90
Aubagio .....	77	Benlysta .....	96	Blisovi Fe 1.5/30 .....	90
Aubra EQ .....	90	Benznidazole .....	56	Boostrix .....	99
Auryxia .....	84				

Bosentan . . . . .	108	<b>C</b>	Cefaclor . . . . .	38	
Bosulif . . . . .	53	Cabergoline . . . . .	95	Cefadroxil . . . . .	38
Braftovi . . . . .	53	Cablivi . . . . .	69	Cefazolin Sodium . . . . .	38
Breo Ellipta . . . . .	108	Cabometyx . . . . .	53	Cefdinir . . . . .	38
Breztri Aerosphere . . . . .	108	Calcipotriene . . . . .	81	Cefepime HCl . . . . .	38
Briellyn . . . . .	90	Calcitonin Salmon . . . . .	102	Cefixime . . . . .	38
Brilinta . . . . .	69	Calcitriol . . . . .	102	Cefotetan Disodium . . . . .	38
Brimonidine Tartrate . . . . .	105	Calcium Acetate . . . . .	84	Cefoxitin Sodium . . . . .	39
Brimonidine Tartrate -Timolol . . . . .	102	Calquence . . . . .	53	Cefpodoxime Proxetil . . . . .	39
Brinzolamide . . . . .	105	Camila . . . . .	93	Cefprozil . . . . .	39
Bromocriptine Mesylate . . . . .	57	Camrese Lo . . . . .	90	Ceftazidime . . . . .	39
Brukinsa . . . . .	53	Candesartan Cilexetil . . . . .	70	Ceftriaxone Sodium . . . . .	39
Budesonide . . . . .	106	Candesartan Cilexetil -HCTZ . . . . .	73	Cefuroxime Axetil . . . . .	39
Budesonide ER . . . . .	101	Caplyta . . . . .	58	Cefuroxime Sodium . . . . .	39
Bumetanide . . . . .	74	Caprelsa . . . . .	53	Celecoxib . . . . .	33
Buprenorphine . . . . .	34	Captopril . . . . .	70	Celontin . . . . .	43
Buprenorphine HCl . . . . .	36	Carbamazepine . . . . .	44	Cephalexin . . . . .	39
Buprenorphine HCl -Naloxone HCl . . . . .	36	Carbamazepine ER . . . . .	44	Cetirizine HCl . . . . .	106
Bupropion HCl . . . . .	46	Carbidopa . . . . .	57	Chemet . . . . .	84
Bupropion HCl SR . . . . .	46	Carbidopa -Levodopa . . . . .	57	Chenodal . . . . .	85
Bupropion HCl XL . . . . .	46	Carbidopa -Levodopa ER . . . . .	57	Chlordiazepoxide HCl . . . . .	64
Buspirone HCl . . . . .	63	Carbidopa -Levodopa ODT . . . . .	57	Chlorhexidine Gluconate . . . . .	78
Butalbital -Acetaminophen -Caffeine . . . . .	34	Carbidopa -Levodopa -Entacapone . . . . .	56	Chloroquine Phosphate . . . . .	56
Butalbital -Aspirin -Caffeine . . . . .	34	Carglumic Acid . . . . .	82	Chlorpromazine HCl . . . . .	57
Butorphanol Tartrate . . . . .	34	Carteolol HCl . . . . .	105	Chlorthalidone . . . . .	74
Bydureon BCise . . . . .	64	Cartia XT . . . . .	72	Chlorzoxazone . . . . .	109
Byetta 10mcg Pen . . . . .	64	Carvedilol . . . . .	71	Cholbam . . . . .	87
Byetta 5mcg Pen . . . . .	65	Cayston . . . . .	107	Cholestyramine . . . . .	75
				Cholestyramine Light . . . . .	75

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 . . . . .	47	Cosentyx Sensoready . . . . .	96
Cimduo . . . . .	62	Clonazepam . . . . .	64	Cotellic . . . . .	53
Cimetidine . . . . .	86	Clonazepam ODT . . . . .	64	Creon . . . . .	87
Cimetidine HCl . . . . .	86	Clonidine . . . . .	70	Crinone . . . . .	94
Cimzia . . . . .	97	Clonidine HCl . . . . .	70	Cromolyn Sodium . . . . .	107
Cimzia Prefilled . . . . .	97	Clonidine HCl ER . . . . .	76	Crotan . . . . .	81
Cinacalcet HCl . . . . .	102	Clopidogrel Bisulfate . . . . .	69	Cryselle -28 . . . . .	90
Cinryze . . . . .	95	Clorazepate Dipotassium . . . . .	64	Cyclobenzaprine HCl . . . . .	109
Cipro HC . . . . .	105	Clotrimazole . . . . .	81	Cyclophosphamide . . . . .	51
Ciprofloxacin HCl . . . . .	103	Clotrimazole -Betamethasone . . . . . .	81	Cycloset . . . . .	65
Ciprofloxacin in D5W . . . . .	41	Clozapine . . . . .	60	Cyclosporine . . . . .	98
Ciprofloxacin -Dexamethasone . . . . .	105	Clozapine ODT . . . . .	60	Cyclosporine Modified . . . . .	98
Citalopram Hydrobromide . . . . .	46	Coartem . . . . .	56	Cyproheptadine HCl . . . . .	106
Claravis . . . . .	78	Codeine Sulfate . . . . .	35	Cyred EQ . . . . .	90
Clarithromycin . . . . .	41	Colchicine . . . . .	49	Cystadane . . . . .	87
Clarithromycin ER . . . . .	41	Colesevelam HCl . . . . .	75	Cystagon . . . . .	87
Clenpiq . . . . .	85	Colestipol HCl . . . . .	75	Cystaran . . . . .	103
Climara Pro . . . . .	90	Colistimethate Sodium . . . . .	37	<b>D</b>	
Clindacin ETZ . . . . .	81	Combigan . . . . .	103	Dalfampridine ER . . . . .	77
Clindamycin HCl . . . . .	37	Combivent Respimat . . . . .	109	Daliresp . . . . .	107
Clindamycin Palmitate HCl . . . . .	37	Cometriq . . . . .	53	Dalvance . . . . .	37
Clindamycin Phosphate . . . . .	81	Complera . . . . .	61	Danazol . . . . .	89
Clindamycin Phosphate in D5W . . . . .	37	Compro . . . . .	47	Dantrolene Sodium . . . . .	60
Clindamycin Phosphate -Benzoyl Peroxide . . . . .	78	Constulose . . . . .	85	Dapsone . . . . .	50
Clobazam . . . . .	44	Copiktra . . . . .	53	Daptacel . . . . .	99
				Daptomycin . . . . .	37



Daurismo .....	53	Dextrose -NaCl .....	82	Disulfiram .....	36
Deblitane .....	94	Diacomit .....	44	Diuril .....	74
Deferasirox .....	84	Diazepam .....	64	Divalproex Sodium .....	64
Deferasirox Granules .....	84	Diazepam Intensol .....	64	Divalproex Sodium ER .....	64
Deferiprone .....	84	Diazoxide .....	66	Dofetilide .....	70
Delstrigo .....	61	Diclofenac Epolamine .....	33	Dolishale .....	90
Demeclocycline HCl .....	42	Diclofenac Potassium .....	33	Donepezil HCl .....	45
Demser .....	73	Diclofenac Sodium .....	104	Donepezil HCl ODT .....	45
Depo -Estradiol .....	90	Diclofenac Sodium ER .....	33	Dorzolamide HCl .....	105
Descovy .....	62	Dicloxacillin Sodium .....	40	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate .....	103
Desipramine HCl .....	47	Dicyclomine HCl .....	85	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate Preservative Free .....	103
Desloratadine .....	106	Difacid .....	41	Dovato .....	61
Desmopressin Acetate .....	89	Diflunisal .....	33	Doxazosin Mesylate .....	70
Desmopressin Acetate Spray .....	89	Digitek .....	73	Doxepin HCl .....	79
Desogestrel -Ethinyl Estradiol .....	90	Digoxin .....	73	Doxercalciferol .....	102
Desonide .....	79	Dihydroergotamine Mesylate .....	49	Doxy 100 .....	42
Desoximetasone .....	79	Dilantin .....	44	Doxycycline Hyclate .....	42
Desvenlafaxine Succinate ER .....	46	Dilantin INFATABS .....	44	Doxycycline Monohydrate .....	42
Dexamethasone .....	88	Dilt -XR .....	72	Drizalma Sprinkle .....	77
Dexamethasone Sodium Phosphate .....	104	Diltiazem HCl .....	72	Dronabinol .....	48
Dexilant .....	86	Diltiazem HCl ER .....	72	Drospirenone -Ethinyl Estradiol .....	90
Dexlansoprazole .....	86	Diltiazem HCl ER Beads .....	72	Droxia .....	51
Dexmethylphenidate HCl .....	76	Diltiazem HCl ER Coated Beads .....	72	Droxidopa .....	70
Dexmethylphenidate HCl ER .....	76	Dimethyl Fumarate .....	77	Duavee .....	90
Dextroamphetamine Sulfate .....	76	Dimethyl Fumarate Starter Pack .....	77	Dulera .....	109
Dextroamphetamine Sulfate ER .....	76	Dipentum .....	101	Duloxetine HCl .....	77
Dextrose .....	82	Diphenoxylate -Atropine .....	85	Dupixent .....	96
		Diphtheria -Tetanus Toxoids DT .....	99	Dutasteride .....	88

Dymista . . . . .	106	Engerix -B . . . . .	99	Esbriet . . . . .	108
<b>E</b>					
Econazole Nitrate . . . . .	81	Enoxaparin Sodium . . . . .	68	Escitalopram Oxalate . . . . .	46
Edarbi . . . . .	70	Enpresse -28 . . . . .	90	Esomeprazole Magnesium . . . . .	86
Edarbyclor . . . . .	73	Enskyce . . . . .	90	Estasylla . . . . .	90
Edurant . . . . .	61	Entacapone . . . . .	56	Estradiol . . . . .	90
Efavirenz . . . . .	61	Entecavir . . . . .	60	Estradiol Valerate . . . . .	91
Efavirenz -Emtricitabine -Tenofovir . . . . .	61	Entresto . . . . .	73	Estring . . . . .	91
Efavirenz -Lamivudine -Tenofovir . . . . .	61	Enulose . . . . .	85	Eszopiclone . . . . .	110
Egrifta SV . . . . .	89	Envarsus XR . . . . .	98	Ethacrynic Acid . . . . .	74
Elestrin . . . . .	90	Epclusa . . . . .	60	Ethambutol HCl . . . . .	50
Eliquis . . . . .	68	Epidiolex . . . . .	43	Ethosuximide . . . . .	44
Eliquis Starter Pack . . . . .	68	Epinastine HCl . . . . .	103	Ethinodiol Diacetate -Ethinyl Estradiol . . . . .	91
Elmiron . . . . .	88	Epinephrine . . . . .	107	Etodolac . . . . .	33
EluRyng . . . . .	90	Epitol . . . . .	45	Etodolac ER . . . . .	33
Emcyt . . . . .	51	Epivir HBV . . . . .	60	Etonogestrel -Ethinyl Estradiol . . . . . .	91
Emgality . . . . .	50	Eplerenone . . . . .	74	Etravirine . . . . .	61
Emoquette . . . . .	90	Eprontia . . . . .	43	Euthyrox . . . . .	94
Emsam . . . . .	46	Ergotamine -Caffeine . . . . .	50	Everolimus . . . . .	98
Emtricitabine . . . . .	62	Erivedge . . . . .	53	Evotaz . . . . .	63
Emtricitabine -Tenofovir Disoproxil Fumarate . . . . .	62	Erleada . . . . .	51	Exemestane . . . . .	52
Emtriva . . . . .	62	Erlotinib HCl . . . . .	53	Exkivity . . . . .	53
Enalapril Maleate . . . . .	70	Errin . . . . .	94	Ezetimibe . . . . .	75
Enalapril -Hydrochlorothiazide . . . . . .	73	Ertapenem Sodium . . . . .	41	Ezetimibe -Simvastatin . . . . .	75
Enbrel . . . . .	98	Ery . . . . .	81	<b>F</b>	
Enbrel Mini . . . . .	98	Erythrocin Lactobionate . . . . .	41	FML Forte . . . . .	104
Enbrel SureClick . . . . .	98	Erythromycin . . . . .	103	Falmina . . . . .	91
Endocet . . . . .	35	Erythromycin Base . . . . .	41	Famciclovir . . . . .	61
		Erythromycin Ethylsuccinate . . . . . .	41	Famotidine . . . . .	86

Fanapt . . . . .	58	Flovent HFA . . . . .	106	Fotivda . . . . .	51
Fanapt Titration Pack . . . . .	58	Fluconazole . . . . .	48	Furosemide . . . . .	74
Farxiga . . . . .	65	Fluconazole in Sodium Chloride . . . . .	48	Fuzeon . . . . .	62
Fasenra . . . . .	109	Flucytosine . . . . .	48	Fyavolv . . . . .	91
Fasenra Pen . . . . .	109	Fludrocortisone Acetate . . . . .	88	Fycompa . . . . .	43
Febuxostat . . . . .	49	Flunisolide . . . . .	106	<b>G</b>	
Felbamate . . . . .	43	Fluocinolone Acetonide . . . . .	105	Gabapentin . . . . .	44
Felodipine ER . . . . .	71	Fluocinolone Acetonide Scalp . . . . .	80	Galantamine Hydrobromide . . . . .	45
Femring . . . . .	91	Fluocinonide . . . . .	80	Galantamine Hydrobromide ER . . . . .	45
Femynor . . . . .	91	Fluocinonide Emulsified Base . . . . .	80	Gammagard . . . . .	96
Fenofibrate . . . . .	74	Fluorometholone . . . . .	104	Gammagard S/D Less IgA . . . . .	96
Fenofibrate Micronized . . . . .	74	Fluorouracil . . . . .	81	Gammaked . . . . .	96
Fenofibric Acid . . . . .	74	Fluoxetine HCl . . . . .	46	Gammaplex . . . . .	96
Fentanyl . . . . .	34	Fluphenazine Decanoate . . . . .	57	Gamunex -C . . . . .	96
Fentanyl Citrate . . . . .	35	Fluphenazine HCl . . . . .	57	Gardasil 9 . . . . .	99
Feriprox . . . . .	84	Flurbiprofen . . . . .	33	Gatifloxacin . . . . .	103
Fetzima . . . . .	46	Flurbiprofen Sodium . . . . .	104	Gattex . . . . .	85
Fetzima Titration . . . . .	46	Fluticasone Propionate . . . . .	106	Gauze . . . . .	102
Finacea . . . . .	78	Fluticasone -Salmeterol . . . . .	109	GaviLyte -C . . . . .	85
Finasteride . . . . .	88	Fluvastatin Sodium . . . . .	75	GaviLyte -G . . . . .	85
Fingolimod HCl . . . . .	77	Fluvastatin Sodium ER . . . . .	75	Gavreto . . . . .	53
Fintepla . . . . .	43	Fluvoxamine Maleate . . . . .	46	Gemfibrozil . . . . .	74
Finzala . . . . .	91	Fondaparinux Sodium . . . . .	68	Gemtesa . . . . .	87
Firmagon . . . . .	95	Formoterol Fumarate . . . . .	107	Generlac . . . . .	85
Flac . . . . .	105	Forteo . . . . .	102	Gengraf . . . . .	98
Flarex . . . . .	104	Fosamprenavir Calcium . . . . .	63	Genotropin . . . . .	89
Flebogamma DIF . . . . .	96	Fosinopril Sodium . . . . .	70	Genotropin MiniQuick . . . . .	89
Flecainide Acetate . . . . .	70	Fosinopril Sodium -HCTZ . . . . .	73	Gentak . . . . .	103
Flovent Diskus . . . . .	106				

Gentamicin Sulfate .....	104	Haloperidol Lactate .....	57	Hydrocodone -Acetaminophen .....	35
Gentamicin Sulfate -0.9% Sodium Chloride .....	37	Havrix .....	99	Hydrocodone -Ibuprofen .....	35
Genvoya .....	61	Heparin Sodium .....	68	Hydrocortisone .....	101
Gilenya .....	77	Hetlioz .....	110	Hydrocortisone Butyrate .....	80
Gilotrif .....	53	Hetlioz LQ .....	110	Hydrocortisone Valerate .....	80
Glassia .....	87	Hiberix .....	99	Hydrocortisone -Acetic Acid .....	105
Glatiramer Acetate .....	77	Humalog .....	67	Hydromorphone HCl .....	35
Glatopa .....	77	Humalog Junior KwikPen .....	66	Hydromorphone HCl ER .....	34
Glimepiride .....	65	Humalog KwikPen .....	66	Hydromorphone HCl Preservative Free .....	35
Glipizide .....	65	Humalog Mix 50/50 .....	66	Hydroxychloroquine Sulfate .....	56
Glipizide ER .....	65	Humalog Mix 50/50 KwikPen .....	66	Hydroxyurea .....	51
Glipizide -Metformin HCl .....	65	Humalog Mix 75/25 .....	67	Hydroxyzine HCl .....	64
GlucaGen HypoKit .....	66	Humalog Mix 75/25 KwikPen .....	67	Hydroxyzine Pamoate .....	64
Glucagon .....	66	Humira .....	98		
Glycopyrrolate .....	85	Humira Pediatric Crohns Start .....	98	<b>I</b>	
Glyxambi .....	65	Humira Pen .....	98	IDHIFA .....	51
Granisetron HCl .....	48	Humira Pen Crohns Disease Starter .....	98	IPOL .....	100
Griseofulvin Microsize .....	48	Humira Pen Psoriasis Starter .....	98	Ibandronate Sodium .....	102
Griseofulvin Ultramicrosize .....	48	Humira Pen -Pediatric UC Start .....	98	Ibrance .....	53
Guanfacine HCl ER .....	76	Humulin 70/30 .....	67	Ibu .....	33
Gvoke HypoPen 2 -Pack .....	66	Humulin 70/30 KwikPen .....	67	Ibuprofen .....	33
Gvoke Kit .....	66	Humulin N .....	67	Icatibant Acetate .....	95
Gvoke PFS .....	66	Humulin N KwikPen .....	67	Iclevia .....	91
		Humulin R .....	67	Iclusig .....	53
<b>H</b>		Humulin R U -500 .....	67	Icosapent Ethyl .....	75
Haegarda .....	95	Humulin R U -500 KwikPen .....	67	Ilevro .....	104
Hailey 24 Fe .....	91	Hydralazine HCl .....	75	Imatinib Mesylate .....	53
Halobetasol Propionate .....	80	Hydrochlorothiazide .....	74	Imbruvica .....	53
Haloperidol .....	57			Imipenem -Cilastatin .....	41
Haloperidol Decanoate .....	57				

Imipramine HCl .....	47	Invega Trinza .....	58	Jasmiel .....	91
Imipramine Pamoate .....	47	Ipratropium Bromide .....	106	Jentaduetto .....	65
Imiquimod .....	81	Ipratropium -Albuterol .....	109	Jentaduetto XR .....	65
Imiquimod Pump .....	81	Irbesartan .....	70	Jinteli .....	91
Imovax Rabies .....	100	Irbesartan -Hydrochlorothiazide .....	73	Jublia .....	82
Impavido .....	56	Iressa .....	53	Juleber .....	91
Imvexxy Maintenance Pack .....	91	Isentress .....	61	Juluca .....	61
Imvexxy Starter Pack .....	91	Isentress HD .....	61	Junel 1.5/30 .....	91
Incassia .....	94	Isibloom .....	91	Junel 1/20 .....	91
Increlex .....	89	Isolyte -P in D5W .....	82	Junel Fe 1.5/30 .....	91
Incruse Ellipta .....	106	Isolyte -S pH 7.4 .....	82	Junel Fe 1/20 .....	91
Indapamide .....	74	Isoniazid .....	50	Junel Fe 24 .....	91
Indomethacin .....	33	Isosorbide Dinitrate .....	76	Juxtapid .....	75
Infanrix .....	100	Isosorbide Dinitrate -Hydralazine .....	73	Jynneos .....	100
Ingrezza .....	77	Isosorbide Mononitrate .....	76	<b>K</b>	
Inlyta .....	53	Isosorbide Mononitrate ER .....	76	KCl in Dextrose -NaCl .....	82
Inqovi .....	53	Isotretinoin .....	78	KCl -Lactated Ringers -D5W .....	83
Inrebic .....	53	Isturisa .....	94	Kaitlib Fe .....	91
Insulin Lispro .....	67	Itraconazole .....	48	Kalydeco .....	107
Insulin Lispro Junior KwikPen .....	67	Ivermectin .....	56	Kariva .....	91
Insulin Lispro Prot & Lispro .....	67	Ixiaro .....	100	Kelnor 1/35 .....	91
Insulin jeringas, agujas .....	102	<b>J</b>		Kelnor 1/50 .....	91
Intelence .....	62	Jakafi .....	53	Kerendia .....	73
Intralipid .....	82	Jantoven .....	68	Ketoconazole .....	82
Intron A .....	97	Janumet .....	65	Ketoprofen .....	33
Introvale .....	91	Janumet XR .....	65	Ketorolac Tromethamine ...	104
Invega Hafyera .....	58	Januvia .....	65	Kineret .....	97
Invega Sustenna .....	58	Jardiance .....	65	Kinrix .....	100
				Kisqali .....	53

Kisqali Femara .....	54	Latanoprost .....	105	Levocarnitine .....	87
Klor -Con .....	83	Latuda .....	59	Levocetirizine Dihydrochloride . .....	106
Klor -Con 10 .....	83	Layolis Fe .....	91	Levofloxacin .....	104
Klor -Con 8 .....	83	Leena .....	91	Levofloxacin in D5W .....	42
Klor -Con M10 .....	83	Leflunomide .....	98	Levonest .....	91
Klor -Con M15 .....	83	Lenalidomide .....	51	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol .....	92
Klor -Con M20 .....	83	Lenvima 10mg Daily Dose ...	54	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol .	91
Korlym .....	89	Lenvima 12mg Daily Dose ...	54	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol 91 -Day .	92
Koselugo .....	54	Lenvima 14mg Daily Dose ...	54	Levora 0.15/30 .....	92
Kurvelo .....	91	Lenvima 18mg Daily Dose ...	54	Levorphanol Tartrate .....	34
Kynmobi .....	57	Lenvima 20mg Daily Dose ...	54	Levothyroxine Sodium .	94
<b>L</b>					
LARIN 1.5/30 .....	91	Lenvima 24mg Daily Dose ...	54	Levoxyl .....	94
LARIN 1/20 .....	91	Lenvima 4mg Daily Dose .....	54	Lexiva .....	63
LARIN Fe 1.5/30 .....	91	Lenvima 8mg Daily Dose .....	54	Lidocaine .....	36
LARIN Fe 1/20 .....	91	Lessina .....	91	Lidocaine HCl .....	36
Labetalol HCl .....	71	Letrozole .....	52	Lidocaine Viscous .....	36
Lacosamide .....	45	Leucovorin Calcium .....	55	Lidocaine -Prilocaine .	36
Lacrisert .....	103	Leukeran .....	51	Linezolid .....	37
Lactulose .....	85	Leukine .....	69	Linzess .....	85
Lamivudine .....	62	Leuprolide Acetate .....	95	Liothyronine Sodium .	94
Lamivudine -Zidovudine .	62	Levalbuterol HCl .....	107	Lisinopril .....	70
Lamotrigine .....	43	Levalbuterol Tartrate .....	107	Lisinopril -Hydrochlorothiazide . .....	73
Lanoxin .....	73	Levemir .....	67	Lithium Carbonate .	64
Lansoprazole .....	86	Levemir FlexTouch .....	67	Lithium Carbonate ER .....	64
Lanthanum Carbonate .....	84	Levetiracetam .....	43	Lithostat .....	88
Lantus .....	67	Levetiracetam ER .....	43	Livalo .....	75
Lantus SoloStar .....	67	Levo -T .....	94	Lokelma .....	84
Lapatinib Ditosylate .....	54	Levobunolol HCl .....	105	Lonhala Magnair .....	106

Lonsurf .....	51	Magnesium Sulfate .....	83	Mesalamine ER .....	101
Loperamide HCl .....	85	Malathion .....	81	Mesnex .....	55
Lopinavir -Ritonavir .....	63	Maraviroc .....	62	Metformin HCl .....	65
Lorazepam .....	64	Marlissa .....	92	Metformin HCl ER .....	65
Lorazepam Intensol .....	64	Marplan .....	46	Methadone HCl .....	34
Lorbrena .....	54	Matulane .....	51	Methazolamide .....	105
Loryna .....	92	Matzim LA .....	72	Methenamine Hippurate .....	37
Losartan Potassium .....	70	Mavyret .....	61	Methimazole .....	95
Losartan Potassium -HCTZ ..	73	Mayzent .....	77	Methocarbamol .....	109
Lotemax .....	104	Mayzent Starter Pack .....	78	Methotrexate Sodium .....	98
Lotemax SM .....	104	Meclizine HCl .....	47	Methoxsalen Rapid .....	81
Loteprednol Etabonate .....	104	Medroxyprogesterone Acetate ..	94	Methscopolamine Bromide ..	85
Lovastatin .....	75	Mefloquine HCl .....	56	Methylphenidate HCl .....	77
Low -Ogestrel .....	92	Megestrol Acetate .....	94	Methylphenidate HCl ER .....	76
Loxapine Succinate .....	57	Mekinist .....	54	Methylprednisolone .....	88
Lubiprostone .....	85	Mektovi .....	54	Metoclopramide HCl .....	47
Lumakras .....	52	Meloxicam .....	33	Metolazone .....	74
Lumigan .....	105	Memantine HCl .....	45	Metoprolol Succinate ER .....	71
Lupron Depot .....	95	Memantine HCl ER .....	45	Metoprolol Tartrate .....	71
Lutera .....	92	Memantine HCl Titration Pak ..	45	Metoprolol -Hydrochlorothiazide .....	73
Lybalvi .....	59	MenQuadfi .....	100	Metronidazole .....	38
Lyleq .....	94	Menactra .....	100	Metyrosine .....	73
Lynparza .....	54	Menest .....	92	Mexiletine HCl .....	71
Lysodren .....	94	Mentax .....	82	Micafungin Sodium .....	49
Lyumjev .....	67	Menveo .....	100	Miconazole 3 .....	49
Lyumjev KwikPen .....	67	Mercaptopurine .....	51	Microgestin 1.5/30 .....	92
Lyza .....	94	Meropenem .....	41	Microgestin 1/20 .....	92
<b>M</b>		Mesalamine .....	101	Microgestin 24 Fe .....	92
M -M -R II .....	100				

Microgestin Fe 1.5/30 .....	92	Mycophenolate Mofetil .....	99	Neomycin -Polymyxin -Gramicidin .....	104
Microgestin Fe 1/20 .....	92	Mycophenolate Sodium .....	99	Neomycin -Polymyxin -HC .	105
Midodrine HCl .....	70	Myorisan .....	78	Nerlynx .....	54
Migergot .....	50	Myrbetriq .....	88	Neuac .....	78
Miglitol .....	65	<b>N</b>		Neulasta .....	69
Miglustat .....	87	Nabumetone .....	33	Neupro .....	57
Mili .....	92	Nadolol .....	71	Nevirapine .....	62
Minocycline HCl .....	42	Nafcillin Sodium .....	40	Nevirapine ER .	62
Minoxidil .....	76	Naftifine HCl .....	82	Niacin .	75
Mirtazapine .	46	Naftin .....	82	Niacin ER .....	75
Mirtazapine ODT .....	46	Naloxone HCl .	36	Niacor .....	75
Mirvaso .....	78	Naltrexone HCl .....	36	Nicardipine HCl .....	71
Misoprostol .....	86	Namzaric .	45	Nicotrol .....	36
Modafinil .....	110	Naproxen .....	33	Nicotrol NS .....	36
Moexipril HCl .....	70	Naproxen DR .....	34	Nifedipine ER .	71
Molindone HCl .....	57	Naratriptan HCl .....	49	Nifedipine ER Osmotic Release .....	71
Mometasone Furoate .	106	Narcan .....	36	Nikki .....	92
Montelukast Sodium .....	106	Natacyn .....	104	Nilutamide .....	51
Morphine Sulfate .	35	Nateglinide .....	65	Nimodipine .....	71
Morphine Sulfate ER .....	34	Natpara .	102	Ninlaro .....	52
Motegrity .....	85	Nayzilam .	44	Nitazoxanide .....	56
Mounjaro .	65	Nebivolol HCl .....	71	Nitisinone .....	87
Movantik .	85	Necon 0.5/35 .....	92	Nitro -Bid .....	76
Moxifloxacin HCl .....	104	Nefazodone HCl .	46	Nitrofurantoin .....	38
Moxifloxacin HCl in NaCl .....	42	Neomycin Sulfate .	37	Nitrofurantoin Macrocrystal ..	38
Multaq .....	71	Neomycin -Bacitracin -Polymyxin .....	104	Nitrofurantoin Monohydrate .	38
Mupirocin .	82	Neomycin -Polymyxin -Bacitracin -Hydrocortisone .	102	Nitroglycerin .....	76
Mupirocin Calcium .....	82	Neomycin -Polymyxin -Dexamethasone .....	103	Nitrostat .....	76
Myalept .	85				



Nizatidine .....	86	<b>O</b>	Osphena .....	94	
Nora -BE .....	94	Ocaliva .....	86	Otezla .....	97
Norethindrone .....	94	Ocella .....	92	Oxacillin Sodium .....	40
Norethindrone Acetate .....	94	Octagam .....	96	Oxacillin Sodium in Dextrose . .....	40
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol .....	92	Octreotide Acetate .....	95	Oxandrolone .....	89
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol -Fe .....	92	Odefsey .....	62	Oxcarbazepine .....	45
Norethindrone -Ethinyl Estradiol -Fe .....	92	Odomzo .....	54	Oxybutynin Chloride .....	88
Norgestimate -Ethinyl Estradiol .....	92	Ofev .....	108	Oxybutynin Chloride ER .....	88
Norgestimate -Ethinyl Estradiol Triphasic .....	92	Ofloxacin .....	105	Oxycodone HCl .....	35
Nortrel 0.5/35 .....	92	Olanzapine .....	59	Oxycodone -Acetaminophen . .....	35
Nortrel 1/35 .....	92	Olanzapine ODT .....	59	Ozempic .....	65
Nortrel 7/7/7 .....	92	Olmesartan Medoxomil .....	70	<b>P</b>	
Nortriptyline HCl .....	47	Olmesartan Medoxomil -HCTZ . .....	73	PEG -3350 -Electrolytes .....	86
Norvir .....	63	Olmesartan -Amlodipine -HCTZ .....	73	PEG -3350 -NaCl -Na Bicarbonate -KCl .....	86
Noxafil .....	49	Olopatadine HCl .....	103	Pacerone .....	71
Nubeqa .....	51	Omega -3 -Acid Ethyl Esters . .....	75	Paliperidone ER .....	59
Nucala .....	109	Omeprazole .....	86	Panretin .....	55
Nuedexta .....	77	Ondansetron HCl .....	48	Pantoprazole Sodium .....	86
Nuplazid .....	59	Ondansetron ODT .....	48	Panzyga .....	96
Nurtec ODT .....	49	Onureg .....	51	Paricalcitol .....	102
Nutrilipid .....	83	Opsumit .....	108	Paromomycin Sulfate .....	37
Nyamyc .....	82	Orencia .....	97	Paroxetine HCl .....	47
Nylia 1/35 .....	92	Orencia ClickJect .....	97	Paser .....	50
Nylia 7/7/7 .....	92	Orenitram .....	108	Pediarix .....	100
Nymalize .....	71	Orfadin .....	87	Pedvax HIB .....	100
Nymyo .....	92	Orgovyx .....	95	Pegasys .....	97
Nystatin .....	82	Orkambi .....	107	Pemazyre .....	52
Nystop .....	82	Oseltamivir Phosphate .....	63	Penicillamine .....	88

Penicillin G Potassium . . . . .	40	Pioglitazone HCl -Glimepiride . . . . .	65	PreHevbrio . . . . .	100
Penicillin G Procaine . . . . .	40	Pioglitazone HCl -Metformin HCl . . . . .	65	Pred Mild . . . . .	104
Penicillin G Sodium . . . . .	40	Piperacillin -Tazobactam . . . . .	41	Pred -G S.O.P. . . . .	103
Penicillin V Potassium . . . . .	41	Piqray . . . . .	54	Prednicarbate . . . . .	80
Pentacel . . . . .	100	Pirfenidone . . . . .	108	Prednisolone . . . . .	88
Pentamidine Isethionate . . . . .	56	Pirmella 1/35 . . . . .	93	Prednisolone Acetate . . . . .	104
Pentasa . . . . .	101	Piroxicam . . . . .	34	Prednisolone Sodium Phosphate . . . . .	104
Pentoxifylline ER . . . . .	73	Plasma -Lyte 148 . . . . .	83	Prednisone . . . . .	89
Perforomist . . . . .	107	Plasma -Lyte A . . . . .	83	Prednisone Intensol . . . . .	89
Perindopril Erbumine . . . . .	70	Plenamaine . . . . .	83	Pregabalin . . . . .	77
Periogard . . . . .	78	Podofilox . . . . .	81	Premarin . . . . .	93
Permethrin . . . . .	81	Polymyxin B Sulfate . . . . .	38	Premasol . . . . .	83
Perphenazine . . . . .	47	Polymyxin B -Trimethoprim . . . . .	104	Premphase . . . . .	93
Perseris . . . . .	59	Pomalyst . . . . .	51	Prempro . . . . .	93
Phenelzine Sulfate . . . . .	46	Portia -28 . . . . .	93	Prenatal . . . . .	85
Phenobarbital . . . . .	44	Posaconazole . . . . .	49	Prevalite . . . . .	75
Phenoxybenzamine HCl . . . . .	70	Potassium Chloride . . . . .	83	Prevymis . . . . .	60
Phenytek . . . . .	45	Potassium Chloride CR . . . . .	83	Prezcobix . . . . .	63
Phenytoin . . . . .	45	Potassium Chloride ER . . . . .	83	Prezista . . . . .	63
Phenytoin Sodium Extended . . . . .	45	Potassium Chloride in Dextrose 5% . . . . .	83	Priftin . . . . .	50
Phoslyra . . . . .	84	Potassium Chloride in NaCl . . . . .	83	Primaquine Phosphate . . . . .	56
Pifeltro . . . . .	62	Potassium Citrate ER . . . . .	83	Primidone . . . . .	44
Pilocarpine HCl . . . . .	105	Praluent . . . . .	75	Priorix . . . . .	100
Pimecrolimus . . . . .	80	Pramipexole Dihydrochloride . . . . .	57	Privigen . . . . .	96
Pimozide . . . . .	58	Prasugrel HCl . . . . .	70	ProAir RespiClick . . . . .	107
Pimtreea . . . . .	93	Pravastatin Sodium . . . . .	75	ProQuad . . . . .	100
Pindolol . . . . .	71	Praziquantel . . . . .	56	Probenecid . . . . .	49
Pioglitazone HCl . . . . .	65	Prazosin HCl . . . . .	70	Probenecid -Colchicine . . . . .	49

Prochlorperazine . . . . .	48	Pyrukynd . . . . .	69	Rectiv . . . . .	76	
Prochlorperazine Maleate . . . . .	47	Pyrukynd Taper Pack . . . . .	69	Regranex . . . . .	81	
Procrit . . . . .	69	<b>Q</b>			Relenza Diskhaler . . . . .	63
Procto -Med HC . . . . .	101	Qinlock . . . . .	51	Relistor . . . . .	85	
Procto -Pak . . . . .	101	Quadracel . . . . .	100	Repaglinide . . . . .	65	
Proctosol HC . . . . .	102	Quetiapine Fumarate . . . . .	59	Repatha . . . . .	75	
Proctozone -HC . . . . .	102	Quetiapine Fumarate ER . . . . .	59	Repatha Pushtronex System . . . . .	75	
Procysbi . . . . .	87	Quinapril HCl . . . . .	70	Repatha SureClick . . . . .	75	
Progesterone . . . . .	94	Quinapril -Hydrochlorothiazide . . . . .	73	Restasis MultiDose . . . . .	103	
Prograf . . . . .	99	Quinidine Gluconate ER . . . . .	71	Restasis Single -Use Vials . . . . .	103	
Prolastin -C . . . . .	87	Quinidine Sulfate . . . . .	71	Retacrit . . . . .	69	
Prolensa . . . . .	104	Quinine Sulfate . . . . .	56	Retevmo . . . . .	52	
Prolia . . . . .	102	<b>R</b>			Revcovi . . . . .	87
Promacta . . . . .	69	RAVICTI . . . . .	87	Revlimid . . . . .	51	
Promethazine HCl . . . . .	48	RabAvert . . . . .	100	Rexulti . . . . .	59	
Promethegan . . . . .	48	Rabeprazole Sodium . . . . .	86	Reyataz . . . . .	63	
Propafenone HCl . . . . .	71	Raloxifene HCl . . . . .	94	Rhopressa . . . . .	105	
Propafenone HCl ER . . . . .	71	Ramelteon . . . . .	110	Ribavirin . . . . .	61	
Propranolol HCl . . . . .	71	Ramipril . . . . .	70	Ridaura . . . . .	97	
Propranolol HCl ER . . . . .	71	Ranolazine ER . . . . .	73	Rifabutin . . . . .	50	
Propylthiouracil . . . . .	95	Rasagiline Mesylate . . . . .	57	Rifampin . . . . .	50	
Prosol . . . . .	84	Rasuvo . . . . .	99	Riluzole . . . . .	77	
Protriptyline HCl . . . . .	47	Rayaldee . . . . .	102	Rimantadine HCl . . . . .	63	
Pulmozyme . . . . .	107	Rebif . . . . .	78	Rinvoq . . . . .	97	
Purixan . . . . .	51	Rebif Rebidose . . . . .	78	Risedronate Sodium . . . . .	102	
Pyrazinamide . . . . .	50	Rebif Rebidose Titration Pack . . . . .	78	Risperdal Consta . . . . .	59	
Pyridostigmine Bromide . . . . .	50	Rebif Titration Pack . . . . .	78	Risperidone . . . . .	59	
Pyridostigmine Bromide ER . . . . .	50	Reclipsen . . . . .	93	Risperidone ODT . . . . .	59	
Pyrimethamine . . . . .	56	Recombivax HB . . . . .	100			

Ritonavir .....	63	Savella .....	77	Sodium Phenylbutyrate .....	87
Rivastigmine .....	45	Savella Titration Pack .....	77	Sodium Polystyrene Sulfonate . .....	84
Rivastigmine Tartrate .....	45	Scemblix .....	55	Sodium Sulfate -Potassium Sulfate -Magnesium Sulfate .	85
Rivelsa .....	93	Scopolamine .....	48	Sofosbuvir -Velpatasvir .....	61
Rizatriptan Benzoate .	49	Secuado .	59	Solifenacin Succinate .....	88
Rizatriptan Benzoate ODT ....	49	Selegiline HCl .....	57	Soliqua .....	66
Rocklatan .....	103	Selenium Sulfide .....	80	Soltamox .....	51
Roflumilast .....	107	Selzentry .....	63	Somavert .....	95
Ropinirole HCl .....	57	Serevent Diskus .....	107	Sorafenib Tosylate .....	55
Rosuvastatin Calcium .....	75	Serostim .....	89	Sorine .....	71
RotaTeq .....	100	Sertraline HCl .	47	Sotalol HCl .	71
Rotarix .....	100	Setlakin .....	93	Sotalol HCl AF .....	71
Roweepra .....	43	Sevelamer Carbonate .....	84	Sovaldi .....	61
Rozlytrek .....	54	Sharobel .	94	Spiriva HandiHaler .	106
Rubraca .....	54	Shingrix .....	100	Spiriva Respimat .....	106
Ruconest .....	95	Signifor .....	95	Spirolactone .....	74
Rufinamide .....	45	Sildenafil Citrate .....	108	Spirolactone -HCTZ .	74
Rukobia .	63	Silodosin .....	88	Sprintec 28 .	93
Rybelsus .....	66	Silver Sulfadiazine .	81	Spritam ODT .....	43
Rydapt .....	54	Simbrinza .	105	Sprycel .....	55
Rytary .	57	Simponi .....	99	Sronyx .....	93
<b>S</b>		Simvastatin .....	75	Stelara .....	97
SPS .....	85	Sirolimus .....	99	Stiolto Respimat .....	109
SSD .....	81	Sirturo .....	50	Stivarga .....	55
Sajazir .....	95	Skyrizi .....	97	Streptomycin Sulfate .	37
Sancuso .....	48	Skyrizi Pen .....	97	Stribild .....	61
Sandimmune .....	99	Sodium Chloride .....	84	Suboxone .....	36
Santyl .....	81	Sodium Fluoride .	84	Sucraid .....	87
Sapropterin Dihydrochloride . .....	87				

Sucralfate . . . . .	86	TPN Electrolytes . . . . .	84	Terconazole . . . . .	49
Sulfacetamide Sodium . . . . .	104	Tabloid . . . . .	51	Teriparatide . . . . .	102
Sulfacetamide -Prednisolone . . . . .	103	Tabrecta . . . . .	51	Testosterone . . . . .	90
Sulfadiazine . . . . .	42	Tacrolimus . . . . .	99	Testosterone Cypionate . . . . .	89
Sulfamethoxazole -Trimethoprim . . . . .	42	Tadalafil . . . . .	108	Testosterone Enanthate . . . . .	89
Sulfamylon . . . . .	82	Tafinlar . . . . .	55	Tetrabenazine . . . . .	77
Sulfasalazine . . . . .	101	Tagrisso . . . . .	55	Tetracycline HCl . . . . .	42
Sulindac . . . . .	34	Talzenna . . . . .	55	Thalomid . . . . .	51
Sumatriptan . . . . .	49	Tamoxifen Citrate . . . . .	51	Theophylline . . . . .	108
Sumatriptan Succinate . . . . .	49	Tamsulosin HCl . . . . .	88	Theophylline ER . . . . .	107
Sunitinib Malate . . . . .	55	Tarina 24 Fe . . . . .	93	Thioridazine HCl . . . . .	58
Suprax . . . . .	39	Tarina Fe 1/20 EQ . . . . .	93	Thiothixene . . . . .	58
Suprep Bowel Prep Kit . . . . .	86	Tasigna . . . . .	55	Tiadyt ER . . . . .	72
Sutab . . . . .	86	Tazarotene . . . . .	78	Tiagabine HCl . . . . .	44
Syeda . . . . .	93	Tazicef . . . . .	39	Tibsovo . . . . .	55
Symbicort . . . . .	109	Taztia XT . . . . .	72	Ticovac . . . . .	101
SymlynPen 120 . . . . .	66	Tazverik . . . . .	52	Tigecycline . . . . .	38
SymlynPen 60 . . . . .	66	Teflaro . . . . .	39	Tilia Fe . . . . .	93
Sympazan . . . . .	44	Tegsedi . . . . .	87	Timolol Maleate . . . . .	105
Symtuza . . . . .	63	Telmisartan . . . . .	70	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming . . . . .	105
Synarel . . . . .	95	Telmisartan -Amlodipine . . . . .	74	Tinidazole . . . . .	38
Synjardy . . . . .	66	Telmisartan -HCTZ . . . . .	74	Tivicay . . . . .	61
Synjardy XR . . . . .	66	Temazepam . . . . .	110	Tivicay PD . . . . .	61
Synribo . . . . .	52	Tenivac . . . . .	101	Tizanidine HCl . . . . .	60
Synthroid . . . . .	94	Tenofovir Disoproxil Fumarate . . . . .	62	TobraDex . . . . .	103
<b>T</b>					
TDVAX . . . . .	101	Tepmetko . . . . .	55	TobraDex ST . . . . .	103
TOBI Podhaler . . . . .	107	Terazosin HCl . . . . .	88	Tobramycin . . . . .	107
		Terbinafine HCl . . . . .	49	Tobramycin Sulfate . . . . .	37

Tobramycin -Dexamethasone . .....	103	Tretinoin Microsphere . ....	79	Trospium Chloride . ....	88
Tobrex . ....	104	Trexall . ....	99	Trulance . ....	85
Tolcapone . ....	56	Tri -Estarylla . ....	93	Trulicity . ....	66
Tolterodine Tartrate . ....	88	Tri -Legest Fe . ....	93	Trumenba . ....	101
Tolterodine Tartrate ER . ....	88	Tri -Lo -Estarylla . ....	93	Truseltyq . ....	52
Topiramate . ....	43	Tri -Lo -Sprintec . ....	93	Tukysa . ....	52
Toremifene Citrate . ....	51	Tri -Mili . ....	93	Turalio . ....	55
Torse mide . ....	74	Tri -Nymyo . ....	93	Twinrix . ....	101
Toujeo Max SoloStar . ....	67	Tri -Sprintec . ....	93	Tybost . ....	63
Toujeo SoloStar . ....	67	Tri -VyLibra . ....	93	Tymlos . ....	102
Tracleer . ....	108	Tri -VyLibra Lo . ....	93	Typhim Vi . ....	101
Tradjenta . ....	66	Triamcinolone Acetonide . ....	80	Tyvaso DPI Maintenance Kit . .....	108
Tramadol HCl . ....	35	Triamterene . ....	74	Tyvaso DPI Titration Kit . ....	108
Tramadol HCl ER . ....	34	Triamterene -HCTZ . ....	74		
Tramadol -Acetaminophen . .	35	Triderm . ....	80	<b>U</b>	
Trandolapril . ....	70	Trientine HCl . ....	84	Unithroid . ....	94
Trandolapril -Verapamil HCl ER .....	74	Trifluoperazine HCl . ....	58	Ursodiol . ....	86
Tranexamic Acid . ....	69	Trifluridine . ....	104		
Tranlycypromine Sulfate . ....	46	Trihexyphenidyl HCl . ....	56	<b>V</b>	
Travasol . ....	84	Trijardy XR . ....	66	VAQTA . ....	101
Travoprost . ....	105	Trimethoprim . ....	38	Valacyclovir HCl . ....	61
Trazodone HCl . ....	47	Trimipramine Maleate . ....	47	Valchlor . ....	51
Trecator . ....	50	Trintellix . ....	47	Valganciclovir HCl . ....	60
Trelegy Ellipta . ....	109	Triumeq . ....	62	Valproic Acid . ....	43
Trelstar Mixject . ....	95	Triumeq PD . ....	62	Valsartan . ....	70
Tresiba . ....	68	Trivora . ....	93	Valsartan -Hydrochlorothiazide .....	74
Tresiba FlexTouch . ....	68	Trizivir . ....	62	Valtoco 10mg Dose . ....	44
Tretinoin . ....	79	TrophAmine . ....	84	Valtoco 15mg Dose . ....	44
				Valtoco 20mg Dose . ....	44
				Valtoco 5mg Dose . ....	44
				Vancomycin HCl . ....	38

Vandazole . . . . .	38	Viread . . . . .	62	Xermelo . . . . .	85
Varenicline Tartrate . . . . .	37	Vitrakvi . . . . .	55	Xgeva . . . . .	102
Varivax . . . . .	101	Vivitrol . . . . .	36	Xifaxan . . . . .	38
Vascepa . . . . .	75	Vizimpro . . . . .	55	Xigduo XR . . . . .	66
Velivet . . . . .	93	Vonjo . . . . .	52	Xiidra . . . . .	103
Velphoro . . . . .	84	Voriconazole . . . . .	49	Xofluza . . . . .	63
Veltassa . . . . .	85	Vosevi . . . . .	61	Xolair . . . . .	97
Vemlidy . . . . .	60	Votrient . . . . .	55	Xospata . . . . .	55
Venclexta . . . . .	55	Vraylar . . . . .	60	Xpovio . . . . .	52
Venclexta Starting Pack . . . . .	55	Vumerity . . . . .	78	Xtampza ER . . . . .	34
Venlafaxine Besylate ER . . . . .	47	VyLibra . . . . .	93	Xtandi . . . . .	51
Venlafaxine HCl . . . . .	47	Vyfemla . . . . .	93	Xulane . . . . .	93
Venlafaxine HCl ER . . . . .	47	Vyndamax . . . . .	87	Xyrem . . . . .	110
Ventavis . . . . .	108	Vyndaqel . . . . .	87	<b>Y</b>	
Verapamil HCl . . . . .	72	Vyvanse . . . . .	76	YF -Vax . . . . .	101
Verapamil HCl ER . . . . .	72	Vyzulta . . . . .	105	Yuvaferm . . . . .	93
Versacloz . . . . .	60	<b>W</b>		<b>Z</b>	
Verzenio . . . . .	55	WYMZYA Fe . . . . .	93	Zafemy . . . . .	93
Vestura . . . . .	93	Warfarin Sodium . . . . .	68	Zafirlukast . . . . .	106
Vibramycin . . . . .	42	Welireg . . . . .	55	Zaleplon . . . . .	110
Victoza . . . . .	66	Wixela Inhub . . . . .	109	Zarxio . . . . .	69
Vienna . . . . .	93	<b>X</b>		Zejula . . . . .	55
Vigabatrin . . . . .	44	Xalkori . . . . .	55	Zelapar ODT . . . . .	57
Vigadrone . . . . .	44	Xarelto . . . . .	68	Zelboraf . . . . .	55
Viiibryd . . . . .	47	Xarelto Starter Pack . . . . .	68	Zemaira . . . . .	87
Viiibryd Starter Pack . . . . .	47	Xatmep . . . . .	99	Zenatane . . . . .	79
Vilazodone HCl . . . . .	47	Xcopri . . . . .	43	Zenpep . . . . .	87
Vimpat . . . . .	45	Xeljanz . . . . .	97	Zerbaxa . . . . .	39
Viracept . . . . .	63	Xeljanz XR . . . . .	97	Zidovudine . . . . .	62

Ziextenzo .....	69
Zileuton ER .....	106
Ziprasidone HCl .....	60
Ziprasidone Mesylate .....	60
Zirgan .....	60
Zolinza .....	52
Zolpidem Tartrate .....	110
Zonisade .....	45
Zonisamide .....	45
Zorbtive .....	89
Zovia 1/35 .....	93
Zydelig .....	55
Zyflo .....	106
Zykadia .....	55
Zyprexa Relprew .....	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 13-32.

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 la tabla que aparece en las páginas 111-146.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Analgésicos</b>			
<b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos</b>			
Celecoxib (cápsula oral)	G	2	QL
Diclofenac Epolamine (parche para uso externo)	G	4	PA; QL
Diclofenac Potassium (50mg 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)	G	3	
Meloxicam (tableta oral)	G	1	♦
Nabumetone (tableta oral)	G	2	
Naproxen (suspensión oral)	G	5	DL
Naproxen (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Naproxen DR (tableta oral de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	G	2	
Piroxicam (cápsula oral)	G	3	
Sulindac (tableta oral)	G	2	
<b>Analgésicos opiáceos, acción prolongada</b>			
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
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
<b>Xtampza ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	B	4	7D; MME; DL; QL
<b>Analgésicos opiáceos, acción corta</b>			
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
Butalbital-Aspirin-Caffeine (cápsula oral)	G	3	QL
Butorphanol Tartrate (solución nasal)	G	3	7D; MME; 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)</b>	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 (concentrado) (20mg/ml solución oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	G	3	7D; MME; DL; QL
<b>Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)</b>	B	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
<b>Anestésicos</b>			
<b>Anestésicos locales</b>			
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	1	♦
Lidocaine-Prilocaine (crema para uso externo)	G	3	
<b>Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias</b>			
<b>Ansiolíticos/disuasivos del alcohol</b>			
Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
Disulfiram (tableta oral)	G	3	
Naltrexone HCl (tableta oral)	G	3	
<b>Vivitrol (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
<b>Dependencia de los opiáceos</b>			
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
<b>Suboxone (película sublingual)</b>	B	4	QL
<b>Agentes para reversión de opiáceos</b>			
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	
Naloxone HCl (líquido nasal)	G	3	
<b>Narcan (líquido nasal)</b>	B	3	
<b>Agentes para dejar de fumar</b>			
Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo)	G	2	
<b>Nicotrol (inhalador para inhalación)</b>	B	4	
<b>Nicotrol NS (solución nasal)</b>	B	4	
Varenicline Tartrate (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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Varenicline Tartrate (tableta oral, paquete de tratamiento)	G	3	
<b>Antibacterianos</b>			
<b>Aminoglucósidos</b>			
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	
<b>Antibacterianos, otros</b>			
Aztreonam (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
<b>Dalvance (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	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; QL
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Metronidazole (500mg/100ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
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 (cápsula oral)	G	4	QL
<b>Vandazole (gel vaginal)</b>	B	3	
<b>Xifaxan (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Betalactámicos, cefalosporinas</b>			
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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
Ceftazidime (solución reconstituida para inyección intravenosa)	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	
<b>Suprax (500mg/5ml suspensión oral reconstituida)</b>	B	3	
Suprax (tableta oral masticable)	G	3	
Tazicef (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Tazicef (2g solución reconstituida para inyección intravenosa, 6g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
<b>Teflaro (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	DL
<b>Zerbaxa (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Betalactámicos, penicilinas</b>			
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (suspensión oral reconstituida)	G	2	
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	
<b>Bicillin C-R 900/300 (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	4	
<b>Bicillin C-R (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	4	
<b>Bicillin L-A (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	4	
<b>Bicillin L-A (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	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	
<b>Oxacillin Sodium in Dextrose (solución para inyección intravenosa)</b>	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	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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Penicillin V Potassium (solución oral reconstituida)	G	2	
Penicillin V Potassium (tableta oral)	G	2	
Piperacillin-Tazobactam (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
<b>Carbapenemasas</b>			
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	
<b>Macrólidos</b>			
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	
<b>Dificid (suspensión oral reconstituida)</b>	B	5	DL
<b>Dificid (tableta oral)</b>	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 Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida)	G	4	
Erythromycin Ethylsuccinate (tableta oral)	G	4	
Erythromycin (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
<b>Quinolonas</b>			
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
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	
<b>Sulfonamidas</b>			
Sulfadiazine (tableta oral)	G	4	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (suspensión oral)	G	3	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (tableta oral)	G	2	
<b>Tetraciclinas</b>			
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	
Tetracycline HCl (cápsula oral)	G	4	
<b>Vibramycin (50mg/5ml jarabe oral)</b>	B	4	
<b>Antiepilépticos</b>			
<b>Antiepilépticos, otros</b>			
<b>BRIVIACT (solución oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>BRIVIACT (tableta oral)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Epidiolex (solución oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Eprontia (solución oral)</b>	B	4	
Felbamate (suspensión oral)	G	4	
Felbamate (tableta oral)	G	4	
<b>Fintepla (solución oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Fycompa (suspensión oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Fycompa (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Fycompa (2mg tableta oral)</b>	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	
<b>Spritam ODT (tableta oral soluble de disolución inmediata)</b>	B	4	
Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata)	G	1	♦
Topiramate (tableta oral)	G	1	♦
Valproic Acid (cápsula oral)	G	2	
Valproic Acid (solución oral)	G	2	
<b>Xcopri (250mg dosis diaria) (100mg y 150mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xcopri (350mg dosis diaria) (150mg y 200mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xcopri (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 50mg tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xcopri (14 x 12.5mg y 14 x 25mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	4	PA; QL
<b>Xcopri (14 x 150mg y 14 x 200mg tableta oral, paquete de tratamiento, 14 x 50mg y 14 x 100mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Modificadores del canal de calcio</b>			
<b>Celontin (cápsula oral)</b>	B	4	
Ethosuximide (cápsula oral)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ethosuximide (solución oral)	G	3	
<b>Intensificadores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)</b>			
Clobazam (suspensión oral)	G	4	PA; QL
Clobazam (tableta oral)	G	4	PA; QL
<b>Diacomit (cápsula oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Diacomit (paquete oral)</b>	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 (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	G	2	
<b>Nayzilam (solución nasal)</b>	B	4	PA; QL
Phenobarbital (tónico oral)	G	2	
Phenobarbital (tableta oral)	G	2	
Primidone (tableta oral)	G	2	
<b>Sympazan (película oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Tiagabine HCl (tableta oral)	G	4	
<b>Valtoco 10mg Dose (líquido nasal)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Valtoco 5mg Dose (líquido nasal)</b>	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
<b>Agentes del canal de sodio</b>			
<b>Aptiom (tableta oral)</b>	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	

◆ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Epitol (tableta oral)	G	3	
Lacosamide (solución oral)	G	4	QL
Lacosamide (tableta oral)	G	4	QL
Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión oral)	G	4	
Oxcarbazepine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral, 600mg tableta oral)	G	3	
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 (200mg tableta oral)	G	4	
Rufinamide (400mg tableta oral)	G	5	DL
<b>Vimpat (solución oral)</b>	B	4	QL
<b>Vimpat (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Zonisade (suspensión oral)</b>	B	4	ST
Zonisamide (cápsula oral)	G	2	
<b>Antidemenciales</b>			
<b>Antidemenciales, otros</b>			
<b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)</b>	B	3	PA; QL
<b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	3	PA; QL
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>			
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
<b>Antagonistas de los receptores de N-Metil-D-Aspartato (NMDA)</b>			
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	PA; QL
Memantine HCl (solución oral)	G	4	PA; QL
Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	PA; QL
<b>Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)</b>	B	3	PA; QL
<b>Antidepresivos</b>			
<b>Antidepresivos, otros</b>			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
<b>Inhibidores de la Monoaminoxidasa</b>			
<b>Emsam (parche transdérmico 24 horas)</b>	B	5	DL; QL
<b>Marplan (tableta oral)</b>	B	4	
Phenelzine Sulfate (tableta oral)	G	3	
Tranylcypromine Sulfate (tableta oral)	G	4	
<b>SSRI/SNRI (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)</b>			
<b>Citalopram Hydrobromide (cápsula oral)</b>	B	4	
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	♦
<b>Fetzima (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	4	ST; QL
<b>Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)</b>	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	1	♦
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 (10mg/5ml suspensión 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Paroxetine HCl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 40mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
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	
<b>Trintellix (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Venlafaxine Besylate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	4	
Venlafaxine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Venlafaxine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
<b>Viibryd (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Viibryd Starter Pack (kit oral)</b>	B	4	QL
Vilazodone HCl (tableta oral)	G	4	QL
<b>Tricíclicos</b>			
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	
<b>Antieméticos</b>			
<b>Antieméticos, otros</b>			
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
<b>Medicamentos complementarios para la terapia emetogénica</b>			
<b>Anzemet (tableta oral)</b>	B	4	B/D,PA
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 (4mg tableta oral, 8mg tableta oral)	G	2	B/D,PA
Ondansetron ODT (tableta oral dispersable)	G	2	B/D,PA
<b>Sancuso (parche transdérmico)</b>	B	5	DL; QL
<b>Antimicóticos</b>			
<b>Antimicóticos</b>			
<b>Abelcet (suspensión para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>AmBisome (suspensión reconstituida para inyección intravenosa)</b>	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 (200-0.9mg/100ml-% solución para inyección intravenosa, 400-0.9mg/200ml-% 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 Ultramicronsize (tableta oral)	G	4	
Itraconazole (cápsula oral)	G	4	PA; QL
Itraconazole (solución oral)	G	5	PA; DL
Ketoconazole (tableta 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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Micafungin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Miconazole 3 (supositorio vaginal)	G	3	
<b>Noxafil (suspensión oral)</b>	B	5	DL; QL
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	5	DL; QL
Voriconazole (tableta oral)	G	4	QL
<b>Antigotosos</b>			
<b>Antigotosos</b>			
Allopurinol (100mg tableta oral, 300mg tableta oral)	G	1	♦
<b>Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)</b>	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	
<b>Antimigrañosos</b>			
<b>Casos agudos</b>			
Naratriptan HCl (tableta oral)	G	3	QL
<b>Nurtec ODT (tableta oral dispersable)</b>	B	5	PA; DL; 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 (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	G	4	QL
<b>Alcaloides de ergotamina</b>			
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	G	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ergotamine-Caffeine (tableta oral)	G	3	
Migergot (supositorio rectal)	G	5	DL
<b>Profilácticos</b>			
<b>Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA; QL
<b>Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA; QL
<b>Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA; QL
<b>Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA; QL
Timolol Maleate (tableta oral)	G	3	
<b>Antimiasténicos</b>			
<b>Parasimpaticomiméticos</b>			
Pyridostigmine Bromide ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	4	
Pyridostigmine Bromide (solución oral)	G	5	DL
Pyridostigmine Bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
<b>Antimicobacterianos</b>			
<b>Antimicobacterianos, otros</b>			
Dapsone (tableta oral)	G	3	
Rifabutin (cápsula oral)	G	4	
<b>Antituberculosos</b>			
Ethambutol HCl (tableta oral)	G	3	
Isoniazid (jarabe oral)	G	4	
Isoniazid (tableta oral)	G	2	
Paser (4g paquete oral)	G	4	
<b>Priftin (tableta oral)</b>	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	
<b>Sirturo (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Trecator (tableta oral)</b>	B	4	
<b>Antineoplásicos</b>			
<b>Alquilantes</b>			

- ◆ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Cyclophosphamide (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Cyclophosphamide (25mg tableta oral)	G	3	B/D,PA
<b>Cyclophosphamide (50mg tableta oral)</b>	B	3	B/D,PA
<b>Leukeran (tableta oral)</b>	B	5	DL
<b>Matulane (cápsula oral)</b>	B	5	DL
<b>Valchlor (gel para uso externo)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Antiandrógenos</b>			
Abiraterone Acetate (250mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Abiraterone Acetate (500mg tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Bicalutamide (tableta oral)	G	2	
<b>Erleada (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Nilutamide (tableta oral)	G	5	DL
<b>Nubeqa (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xtandi (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xtandi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Antiangiogénicos</b>			
<b>Fotivda (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Lenalidomide (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Pomalyst (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Qinlock (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Revlimid (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tabrecta (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Thalomid (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>			
<b>Emcyt (cápsula oral)</b>	B	4	
<b>Soltamox (solución oral)</b>	B	5	DL
Tamoxifen Citrate (tableta oral)	G	2	
Toremifene Citrate (tableta oral)	G	5	DL
<b>Antimetabólicos</b>			
<b>Droxia (cápsula oral)</b>	B	4	
Hydroxyurea (cápsula oral)	G	2	
Mercaptopurine (tableta oral)	G	3	
<b>Onureg (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Purixan (suspensión oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Tabloid (tableta oral)</b>	B	4	PA
<b>Antineoplásicos, otros</b>			
<b>IDHIFA (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Lonsurf (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Truseltiq (100mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Truseltiq (125mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Truseltiq (50mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Truseltiq (75mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Tukysa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Vonjo (cápsula 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
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
Zolanza (cápsula oral)	B	5	PA; DL
<b>Inhibidores de la aromatasa, 3.<sup>a</sup> generación</b>			
Anastrozole (tableta oral)	G	1	♦
Exemestane (tableta oral)	G	4	
Letrozole (tableta oral)	G	2	
<b>Inhibidores de la diana molecular</b>			
Alecensa (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Alunbrig (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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ayvakit (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Balversa (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Bosulif (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Braftovi (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Brukinsa (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cabometyx (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Calquence (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Calquence (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Caprelsa (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Copiktra (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cotellic (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Daurismo (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Erivedge (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
Erlotinib HCl (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Everolimus (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	5	PA; DL
Everolimus (tableta oral soluble)	G	5	PA; DL
<b>Exkivity (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Gavreto (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Gilotrif (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Ibrance (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ibrance (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Iclusig (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Imbruvica (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Imbruvica (suspensión oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Imbruvica (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Inlyta (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Inqovi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Inrebic (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Iressa (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Jakafi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kisqali (200mg dosis) (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kisqali (400mg dosis) (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kisqali (600mg dosis) (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Koselugo (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Lapatinib Ditosylate (tableta oral)	G	5	PA; DL
<b>Lenvima 10mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 12mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 14mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 18mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 20mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 24mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 4mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lenvima 8mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lorbrena (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Lynparza (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Mekinist (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Mektovi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Nerlynx (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Odomzo (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Rozlytrek (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Rubraca (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Rydapt (cápsula oral)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Scemblix (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Sorafenib Tosylate (tableta oral)	G	5	PA; DL
<b>Sprycel (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Stivarga (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Sunitinib Malate (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Tafinlar (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Tagrisso (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Talzenna (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tasigna (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tepmetko (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tibsovo (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Turalio (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Venclexta (100mg tableta oral, 50mg tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Venclexta (10mg tableta oral)</b>	B	3	PA; QL
<b>Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Verzenio (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Vittrakvi (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Vittrakvi (solución oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Vizimpro (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Votrient (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Welireg (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xalkori (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Xospata (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Zejula (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Zelboraf (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Zydelig (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Zykadia (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Retinoides</b>			
Bexarotene (gel para uso externo)	G	5	PA; DL; QL
Bexarotene (cápsula oral)	G	5	PA; DL
<b>Panretin (gel para uso externo)</b>	B	5	PA; DL
Tretinoin (cápsula oral)	G	5	DL
<b>Medicamentos complementarios para el tratamiento</b>			
Leucovorin Calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	3	
Leucovorin Calcium (25mg tableta oral)	G	4	
<b>Mesnex (tableta oral)</b>	B	4	
<b>Antiparasitarios</b>			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Antihelmínticos</b>			
Albendazole (tableta oral)	G	4	QL
Ivermectin (tableta oral)	G	3	PA
Praziquantel (tableta oral)	G	4	
<b>Antiprotozoarios</b>			
Atovaquone (suspensión oral)	G	5	DL; QL
Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral)	G	3	
<b>Benznidazole (tableta oral)</b>			
Chloroquine Phosphate (tableta oral)	G	4	QL
<b>Coartem (tableta oral)</b>			
Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral)	G	2	QL
<b>Impavido (cápsula oral)</b>			
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
<b>Antiparkinsonianos</b>			
<b>Anticolinérgicos</b>			
Benztropine Mesylate (tableta oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (solución oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (tableta oral)	G	2	
<b>Antiparkinsonianos, otros</b>			
Amantadine HCl (cápsula oral)	G	3	
Amantadine HCl (solución 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
<b>Agonistas dopaminérgicos</b>			
Apomorphine HCl (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Bromocriptine Mesylate (cápsula oral)	G	3	
Bromocriptine Mesylate (tableta oral)	G	3	
<b>Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Neupro (parche transdérmico 24 horas)</b>	B	4	
Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
<b>Precusores de la dopamina o inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos</b>			
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	
<b>Rytary (cápsula oral de liberación prolongada)</b>	B	4	ST
<b>Inhibidores de la Monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>			
Rasagiline Mesylate (tableta oral)	G	4	
Selegiline HCl (cápsula oral)	G	3	
Selegiline HCl (tableta oral)	G	3	
<b>Zelapar ODT (tableta oral dispersable)</b>	B	5	DL
<b>Antipsicóticos</b>			
<b>1.ª generación/típicos</b>			
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	
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pimozide (tableta oral)	G	4	
Thioridazine HCl (tableta oral)	G	3	
Thiothixene (cápsula oral)	G	3	
Trifluoperazine HCl (tableta oral)	G	3	
<b>2.ª generación/atípicos</b>			
<b>Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
<b>Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)</b>	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
<b>Aristada Inicio (jeringa precargada para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
<b>Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
Asenapine Maleate (tableta sublingual)	G	4	QL
<b>Caplyta (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Fanapt Titration Pack (tableta oral)</b>	B	4	ST; QL
<b>Invega Hafyera (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
<b>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>	B	5	DL
<b>Invega Sustenna (39mg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	4	
<b>Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Latuda (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Lybalvi (tableta oral)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Nuplazid (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Nuplazid (tableta oral)</b>	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
<b>Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	DL
Quetiapine Fumarate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	QL
Quetiapine Fumarate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata, 300mg tableta oral de liberación inmediata, 400mg tableta oral de liberación inmediata, 50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	QL
<b>Rexulti (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Risperdal Consta (12.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 25mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)</b>	B	4	
<b>Risperdal Consta (37.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 50mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
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	
<b>Secuado (parche transdérmico 24 horas)</b>	B	5	ST; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Vraylar (1.5mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4.5mg cápsula oral, 6mg cápsula oral)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Vraylar (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	4	ST; QL
Ziprasidone HCl (cápsula oral)	G	3	QL
Ziprasidone Mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	4	
<b>Zyprexa Relprevv (210mg suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL
<b>Resistentes al tratamiento</b>			
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
<b>Versacloz (suspensión oral)</b>	B	5	DL
<b>Antiespasmódicos</b>			
<b>Antiespasmódicos</b>			
Baclofen (tableta oral)	G	2	
Dantrolene Sodium (cápsula oral)	G	4	
Tizanidine HCl (tableta oral)	G	2	
<b>Antivirales</b>			
<b>Anticitomegalovirus (CMV)</b>			
<b>Prevymis (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida)	G	5	DL; QL
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral)	G	3	QL
<b>Zirgan (gel oftálmico)</b>	B	4	
<b>Antihepatitis B (HBV)</b>			
Adefovir Dipivoxil (tableta oral)	G	4	
<b>Baraclude (solución oral)</b>	B	5	DL
Entecavir (tableta oral)	G	4	
<b>Epivir HBV (solución oral)</b>	B	4	
Lamivudine (100mg tableta oral)	G	3	
<b>Vemlidy (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Antihepatitis C (HCV)</b>			
<b>Epclusa (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Epclusa (tableta oral)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Mavyret (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Mavyret (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Ribavirin (tableta oral)	G	3	
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Sovaldi (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Sovaldi (400mg tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Vosevi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Antiherpéticos</b>			
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
<b>Antirretrovirales, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)</b>			
<b>Biktarvy (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Dovato (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Genvoya (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Isentress HD (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Isentress (paquete oral)</b>	B	4	QL
<b>Isentress (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Isentress (100mg tableta oral masticable)</b>	B	4	QL
<b>Isentress (25mg tableta oral masticable)</b>	B	3	QL
<b>Juluca (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Stribild (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Tivicay (50mg tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Tivicay PD (tableta oral soluble)</b>	B	5	DL; QL
<b>Antirretrovirales, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (NNRTI)</b>			
<b>Complera (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Delstrigo (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Edurant (tableta oral)</b>	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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Intelence (25mg tableta oral)</b>	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
<b>Pifeltro (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Antirretrovirales, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (NRTI)</b>			
Abacavir Sulfate (solución oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate (tableta oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral)	G	4	QL
<b>Cimduo (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Descovy (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
Emtricitabine (cápsula oral)	G	4	QL
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (100-150mg tableta oral, 133-200mg tableta oral, 167-250mg tableta oral)	G	5	DL; QL
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (200-300mg tableta oral)	G	4	QL
<b>Emtriva (solución oral)</b>	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
<b>Odefsey (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	4	QL
<b>Triumeq (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Triumeq PD (tableta oral soluble)</b>	B	5	DL; QL
<b>Trizivir (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Viread (polvo oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
Zidovudine (cápsula oral)	G	3	QL
Zidovudine (jarabe oral)	G	3	QL
Zidovudine (tableta oral)	G	3	QL
<b>Antirretrovirales, otros</b>			
<b>Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	DL; QL
Maraviroc (tableta oral)	G	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</b>	B	5	DL; QL
<b>Selzentry (solución oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Selzentry (25mg tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Selzentry (75mg tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Tybost (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Antirretrovirales, inhibidores de la proteasa</b>			
<b>Aptivus (cápsula oral)</b>	B	5	DL; QL
Atazanavir Sulfate (cápsula oral)	G	4	QL
<b>Evotaz (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
Fosamprenavir Calcium (tableta oral)	G	5	DL; QL
<b>Lexiva (suspensión oral)</b>	B	4	QL
Lopinavir-Ritonavir (solución oral)	G	4	QL
Lopinavir-Ritonavir (tableta oral)	G	4	QL
<b>Norvir (paquete oral)</b>	B	4	QL
<b>Norvir (solución oral)</b>	B	4	QL
<b>Prezcobix (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Prezista (suspensión oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Prezista (150mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Prezista (75mg tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Reyataz (paquete oral)</b>	B	5	DL; QL
Ritonavir (tableta oral)	G	3	QL
<b>Symtuza (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Viracept (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Antigripales</b>			
Oseltamivir Phosphate (cápsula oral)	G	3	QL
Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida)	G	3	QL
<b>Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
Rimantadine HCl (tableta oral)	G	4	
<b>Xofluza (40mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	3	QL
<b>Xofluza (80mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	3	QL
<b>Ansiolíticos</b>			
<b>Ansiolíticos, otros</b>			
Buspirone HCl (tableta oral)	G	2	
Hydroxyzine HCl (jarabe oral)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Hydroxyzine HCl (tableta oral)	G	3	
Hydroxyzine Pamoate (cápsula oral)	G	3	
<b>Benzodiazepinas</b>			
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 (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 ♦
<b>Bipolares</b>			
<b>Estabilizadores del estado de ánimo</b>			
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	
<b>Reguladores de la glucemia</b>			
<b>Antidiabéticos</b>			
Acarbose (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	QL
<b>Cycloset (tableta oral)</b>	B	4	PA; QL
<b>Farxiga (tableta oral)</b>	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 ♦
<b>Glyxambi (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Janumet (tableta oral de liberación inmediata)</b>	B	3	QL
<b>Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	3	QL
<b>Januvia (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Jardiance (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Jentaduetto (tableta oral de liberación inmediata)</b>	B	3	QL
<b>Jentaduetto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	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 (1000mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 850mg tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Miglitol (tableta oral)	G	4	QL
<b>Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
Nateglinide (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (2mg/1.5ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	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 ♦

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

◆ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin N KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin N (suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin R (solución para inyección)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin R U-500 (concentrado) (solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)</b>	B	3	ISSP
<b>Insulin Lispro (solución para inyección) (equivalente a la marca Humalog)</b>	B	3	ISSP
<b>Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)</b>	B	3	ISSP
<b>Insulin Lispro Prot &amp; Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)</b>	B	3	ISSP
<b>Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Lantus (solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Levemir FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Levemir (solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Lyumjev (solución para inyección)</b>	B	3	ISSP
<b>Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Toujeo SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Tresiba (solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	ISSP
<b>Hemoderivados y modificadores</b>			
<b>Anticoagulantes</b>			
<b>Eliquis (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Eliquis Starter Pack (tableta oral)</b>	B	3	QL
Enoxaparin Sodium (jeringa precargada con solución para inyección)	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	◆
<b>Xarelto (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Xarelto Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	3	QL
<b>Hemoderivados y modificadores, otros</b>			
Anagrelide HCl (cápsula oral)	G	3	
<b>Aranesp (Albumin Free) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Aranesp (Albumin Free) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección)</b>	B	4	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>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, 60mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>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)</b>	B	4	PA
<b>Leukine (solución reconstituida para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>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>	B	4	PA
<b>Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Promacta (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Promacta (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Pyrukynd (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Pyrukynd Taper Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Retacrit (solución para inyección)</b>	B	4	PA
<b>Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección)</b>	B	5	DL
<b>Ziextenzo (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Hemostasis</b>			
Tranexamic Acid (tableta oral)	G	3	
<b>Modificadores de plaquetas</b>			
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
<b>Brilinta (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Cablivi (kit para inyección)</b>	B	5	PA; DL; QL
Cilostazol (tableta oral)	G	2	
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral)	G	1	QL ♦

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Prasugrel HCl (tableta oral)	G	3	QL
<b>Agentes cardiovasculares</b>			
<b>Agonistas alfaadrenérgicos</b>			
Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Clonidine (parche transdérmico semanal)	G	4	
Droxidopa (100mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)	G	4	PA; QL
Droxidopa (300mg cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Midodrine HCl (tableta oral)	G	3	
<b>Bloqueantes alfaadrenérgicos</b>			
Doxazosin Mesylate (tableta oral)	G	1	♦
Phenoxybenzamine HCl (cápsula oral)	G	5	DL
Prazosin HCl (cápsula oral)	G	2	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>			
Candesartan Cilexetil (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Edarbi (tableta oral)</b>	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 ♦
<b>Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)</b>			
Benazepril HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Captopril (tableta oral)	G	1	QL ♦
Enalapril Maleate (solución oral)	G	4	
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 ♦
<b>Antiarrítmicos</b>			
Amiodarone HCl (200mg tableta oral)	G	1	♦
Dofetilide (cápsula oral)	G	3	QL
Flecainide Acetate (tableta 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mexiletine HCl (cápsula oral)	G	3	
<b>Multaq (tableta oral)</b>	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	
<b>Bloqueantes betaadrenérgicos</b>			
Acebutolol HCl (cápsula oral)	G	2	
Atenolol (tableta oral)	G	1	♦
Betaxolol HCl (tableta oral)	G	3	
Bisoprolol Fumarate (tableta oral)	G	2	
Carvedilol (tableta oral)	G	1	♦
Labetalol HCl (tableta oral)	G	1	♦
Metoprolol Succinate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	♦
Metoprolol Tartrate (tableta oral)	G	1	♦
Nadolol (tableta oral)	G	4	
Nebivolol HCl (tableta oral)	G	3	QL
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	1	♦
<b>Antagonistas del calcio, dihidropiridínicos</b>			
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	1	QL ♦
Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Nimodipine (cápsula oral)	G	4	
<b>Nymalize (solución oral)</b>	B	5	DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Antagonistas del calcio, no dihidropiridínicos</b>			
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	
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	
<b>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>	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	♦
<b>Agentes cardiovasculares, otros</b>			

♦ 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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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 ♦
Atenolol-Chlorthalidone (tableta oral)	G	1	♦
Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	2	QL
Candesartan Cilexetil-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Corlanor (solución oral)</b>	B	4	PA; QL
<b>Corlanor (tableta oral)</b>	B	4	PA; QL
<b>Demser (cápsula oral)</b>	B	5	DL
Digitek (250mcg tableta oral)	G	2	
Digoxin (solución oral)	G	3	
Digoxin (125mcg tableta oral, 250mcg tableta oral)	G	2	
Digoxin (62.5mcg tableta oral)	G	4	
<b>Edarbyclor (tableta oral)</b>	B	4	QL
Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Entresto (tableta oral)</b>	B	3	QL
Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Isosorbide Dinitrate-Hydralazine (tableta oral)	G	3	QL
<b>Kerendia (tableta oral)</b>	B	4	PA; QL
<b>Lanoxin (tableta oral)</b>	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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Spironolactone-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 ♦
<b>Diuréticos de asa</b>			
Bumetanide (solución para inyección)	G	4	
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	♦
Torseamide (tableta oral)	G	2	
<b>Diuréticos ahorradores de potasio</b>			
Amiloride HCl (tableta oral)	G	2	
Eplerenone (tableta oral)	G	3	
Spironolactone (tableta oral)	G	1	♦
Triamterene (cápsula oral)	G	4	
<b>Diuréticos tiazidas</b>			
Chlorthalidone (tableta oral)	G	2	
<b>Diuril (suspensión oral)</b>	B	4	
Hydrochlorothiazide (cápsula oral)	G	1	♦
Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	♦
Indapamide (tableta oral)	G	1	♦
Metolazone (tableta oral)	G	1	♦
<b>Dislipidémicos, derivados del ácido fólico</b>			
Fenofibrate Micronized (134mg cápsula oral, 200mg cápsula oral, 43mg cápsula oral, 67mg cápsula oral)	G	2	
Fenofibrate (50mg 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	

♦ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa</b>			
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 ♦
<b>Livalo (tableta oral)</b>	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 ♦
<b>Dislipidémicos, otros</b>			
Cholestyramine Light (paquete oral)	G	4	
Cholestyramine (paquete oral)	G	4	
Colesevelam HCl (paquete oral)	G	3	
Colesevelam HCl (tableta oral)	G	3	
Colestipol HCl (paquete oral)	G	4	
Colestipol HCl (tableta oral)	G	3	
Ezetimibe (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Icosapent Ethyl (cápsula oral)	G	4	
<b>Juxtapid (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
Niacin (antihiperlipidémico) (tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
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
<b>Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	PA; QL
Prevalite (paquete oral)	G	4	
<b>Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	PA; QL
<b>Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	PA; QL
<b>Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	3	PA; QL
<b>Vascepa (cápsula oral)</b>	B	4	
<b>Vasodilatadores arteriales de acción directa</b>			
Hydralazine HCl (tableta oral)	G	1	♦

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Minoxidil (tableta oral)	G	2	
<b>Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa</b>			
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	1	♦
Isosorbide Mononitrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Nitro-Bid (ungüento transdérmico)	G	4	
Nitroglycerin (tableta sublingual)	G	2	
Nitroglycerin (parche transdérmico 24 horas)	G	2	
Nitroglycerin (solución translingual)	G	3	
<b>Nitrostat (tableta sublingual)</b>	B	3	
<b>Rectiv (ungüento rectal)</b>	B	4	QL
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>			
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas</b>			
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 (tableta oral)	G	4	QL
<b>Vyvanse (cápsula oral)</b>	B	4	
<b>Vyvanse (tableta oral masticable)</b>	B	4	
<b>Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas</b>			
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

♦ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	G	3	QL
<b>Agentes del sistema nervioso central, otros</b>			
<b>Austedo (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ingrezza (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Nuedexta (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Riluzole (tableta oral)	G	3	
Tetrabenazine (12.5mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Tetrabenazine (25mg tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Agentes para la fibromialgia</b>			
<b>Drizalma Sprinkle (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)</b>	B	4	ST; QL
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
<b>Savella (tableta oral)</b>	B	3	
<b>Savella Titration Pack (tableta oral)</b>	B	3	
<b>Agentes para la esclerosis múltiple</b>			
<b>Aubagio (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL; QL
<b>Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)</b>	B	5	DL; QL
<b>Betaseron (kit para inyección subcutánea)</b>	B	5	DL; QL
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Dimethyl Fumarate (cápsula oral de liberación retardada)	G	5	DL; QL
Dimethyl Fumarate Starter Pack (cápsula oral)	G	5	DL; QL
Fingolimod HCl (cápsula oral)	G	5	DL; QL
<b>Gilenya (0.5mg cápsula oral)</b>	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
<b>Mayzent (tableta oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Mayzent Starter Pack (7 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	4	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Mayzent Starter Pack (12 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	DL; QL
<b>Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Vumerity (cápsula oral de liberación retardada) (frasco con dosis de mantenimiento)</b>	B	5	ST; DL; QL
<b>Agentes dentales y bucales</b>			
<b>Agentes dentales y bucales</b>			
Chlorhexidine Gluconate (solución bucal)	G	1	♦
Periogard (solución bucal)	G	1	♦
Pilocarpine HCl (tableta oral)	G	4	
Triamcinolone Acetonide (pasta dental)	G	3	
<b>Agentes dermatológicos</b>			
<b>Agentes para el acné y la rosácea</b>			
Accutane (cápsula oral)	G	4	PA
Acitretin (cápsula oral)	G	4	
Adapalene (crema para uso externo)	G	4	
Adapalene (0.3% 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	3	
Claravis (cápsula oral)	G	4	PA
Clindamycin Phosphate-Benzoyl Peroxide (1-5% gel para uso externo, 1.2-5% gel para uso externo)	G	4	
<b>Finacea (espuma para uso externo)</b>	B	4	QL
Isotretinoin (cápsula oral)	G	4	PA
<b>Mirvaso (gel para uso externo)</b>	B	4	
Myorisan (cápsula oral)	G	4	PA
Neuac (gel para uso externo)	G	4	
Tazarotene (crema para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin (crema para uso externo)	G	4	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
<b>Agentes para la dermatitis y el prurito</b>			
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	
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	
<b>Cordran (cinta para uso externo)</b>	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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
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	
<b>Agentes dermatológicos, otros</b>			

- ◆ 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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Calcipotriene (crema para uso externo)	G	4	QL
Calcipotriene (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Calcipotriene (solución para uso externo)	G	3	
<b>Calcitriol (ungüento para uso externo)</b>	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 (5% crema para uso externo)	G	4	QL
Imiquimod Pump (3.75% crema para uso externo)	G	5	PA; DL
Methoxsalen Rapid (cápsula oral)	G	5	DL
Podofilox (solución para uso externo)	G	3	
<b>Regranex (gel para uso externo)</b>	B	5	PA; DL
<b>Santyl (ungüento para uso externo)</b>	B	4	
Silver Sulfadiazine (crema para uso externo)	G	3	
<b>SSD (crema para uso externo)</b>	B	3	
<b>Pediculicidas/escabicidas</b>			
Crotan (loción para uso externo)	G	4	
Malathion (loción para uso externo)	G	4	
Permethrin (crema para uso externo)	G	3	
<b>Antiinfecciosos tópicos</b>			
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 ETZ (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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Erythromycin (solución para uso externo)	G	2	
Gentamicin Sulfate (crema para uso externo)	G	3	
Gentamicin Sulfate (ungüento para uso externo)	G	3	
<b>Jublia (solución para uso externo)</b>	B	4	
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	2	QL
Ketoconazole (champú para uso externo)	G	2	
<b>Mentax (crema para uso externo)</b>	B	4	
Mupirocin Calcium (crema para uso externo)	G	4	
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	2	QL
Naftifine HCl (crema para uso externo)	G	4	
<b>Naftin (2% gel para uso externo)</b>	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
<b>Sulfamylon (crema para uso externo)</b>	B	4	
<b>Electrolitos/minerales/metales/vitaminas</b>			
<b>Reemplazos de electrolitos/minerales</b>			
Carglumic Acid (tableta oral soluble)	G	5	DL
Dextrose (10% solución para inyección intravenosa)	G	4	
Dextrose (5% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
<b>Dextrose-NaCl (10-0.2% solución para inyección intravenosa, 10-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.2% solución para inyección intravenosa)</b>	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
<b>Intralipid (emulsión para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Isolyte-P in D5W (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	
<b>Isolyte-S pH 7.4 (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	
<b>KCl in Dextrose-NaCl (solución para inyección intravenosa)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>KCl-Lactated Ringers-D5W (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	
<b>Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada)</b>	B	2	
Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
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	
<b>Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada)</b>	B	2	
<b>Magnesium Sulfate (50% solución para inyección)</b>	B	4	
Magnesium Sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección)	G	4	
<b>Nutrilipid (emulsión para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Plasma-Lyte 148 (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	
<b>Plasma-Lyte A (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	
Plenammine (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Potassium Chloride CR (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	♦
Potassium Chloride ER (cápsula oral de liberación prolongada)	G	1	♦
Potassium Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	♦
Potassium Chloride in NaCl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
<b>Potassium Chloride in NaCl (20-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa, 40-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (30ml) solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (20ml) solución para inyección intravenosa, 40meq/100ml 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	
<b>Potassium Chloride in Dextrose 5% (20meq/l solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
Premasol (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Prosol (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
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
<b>Sodium Chloride (5% solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Sodium Chloride (solución para irrigación)</b>	B	3	
Sodium Fluoride (tableta oral)	G	1	♦
<b>TPN Electrolytes (concentrado para inyección intravenosa)</b>	B	4	
<b>Travasol (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>TrophAmine (solución para inyección intravenosa)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Modificadores de electrolitos/minerales/metales</b>			
<b>Chemet (cápsula oral)</b>	B	5	DL
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
<b>Ferriprox (solución oral)</b>	B	5	PA; DL
Trientine HCl (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Aglutinantes de fosfato</b>			
<b>Auryxia (tableta oral)</b>	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
<b>Phoslyra (solución oral)</b>	B	3	
Sevelamer Carbonate (paquete oral)	G	5	DL
Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico)	G	4	
<b>Velphoro (tableta oral masticable)</b>	B	5	DL
<b>Aglutinantes de potasio</b>			
<b>Lokelma (paquete oral)</b>	B	4	QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
SPS (suspensión oral)	G	3	
<b>Veltassa (paquete oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Vitaminas</b>			
Prenatal (27-1mg tableta oral)	G	3	
<b>Agentes gastrointestinales</b>			
<b>Agentes contra el estreñimiento</b>			
Constulose (solución oral)	G	2	
Enulose (solución oral)	G	2	
Generlac (solución oral)	G	2	
Lactulose (10g/15ml solución oral)	G	2	
<b>Linzess (cápsula oral)</b>	B	3	QL
Lubiprostone (cápsula oral)	G	3	QL
<b>Motegrity (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Movantik (tableta oral)</b>	B	3	QL
<b>Relistor (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Relistor (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Trulance (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Antidiarreicos</b>			
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	
<b>Xermelo (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Antiespasmódicos, gastrointestinales</b>			
Dicyclomine HCl (cápsula oral)	G	2	
Dicyclomine HCl (solución oral)	G	2	
Dicyclomine HCl (tableta oral)	G	2	
Glycopyrrolate (solución oral) (Cuvposa genérico)	G	4	PA
Methscopolamine Bromide (tableta oral)	G	4	
<b>Agentes gastrointestinales, otros</b>			
Chenodal (tableta oral)	G	5	PA; DL
<b>Clenpiq (solución oral)</b>	B	3	
<b>Gattex (kit para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
GaviLyte-C (solución oral reconstituida)	G	2	
GaviLyte-G (solución oral reconstituida)	G	2	
<b>Myalept (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Sodium Sulfate-Potassium Sulfate-Magnesium Sulfate (solución oral)</b>	B	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Ocaliva (tableta oral)</b>	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	
<b>Suprep Bowel Prep Kit (solución oral)</b>	B	3	
<b>Sutab (tableta oral)</b>	B	3	
Ursodiol (300mg cápsula oral)	G	3	
Ursodiol (tableta oral)	G	4	
<b>Antagonistas de los receptores de la Histamina2 (H2)</b>			
Cimetidine HCl (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	
<b>Protectores</b>			
Misoprostol (tableta oral)	G	3	
Sucralfate (suspensión oral)	G	4	
Sucralfate (tableta oral)	G	2	
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>			
<b>Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)</b>	B	4	QL
Dexlansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)	G	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	
<b>Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>			
<b>Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento</b>			

♦ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Aralast NP (1000mg solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
Betaine (polvo oral)	G	5	DL
<b>Cholbam (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</b>	B	3	
Cromolyn Sodium (concentrado oral)	G	3	
<b>Cystadane (polvo oral)</b>	B	5	DL
<b>Cystagon (cápsula oral)</b>	B	4	
<b>Glassia (solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
Levocarnitine (1g/10ml solución oral)	G	3	
<b>Levocarnitine (330mg tableta oral)</b>	B	3	
Miglustat (cápsula oral)	G	5	PA; DL
Nitisinone (cápsula oral)	G	5	DL
<b>Orfadin (20mg cápsula oral)</b>	B	5	DL
<b>Orfadin (suspensión oral)</b>	B	5	DL
<b>Procysbi (paquete oral)</b>	B	5	DL
<b>Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>RAVICTI (líquido oral)</b>	B	5	DL; QL
<b>Revcovi (solución para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
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
<b>Sucraid (solución oral)</b>	B	5	DL
<b>Tegsedi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Vyndamax (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Vyndaqel (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Zemaira (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</b>	B	3	
<b>Agentes genitourinarios</b>			
<b>Antiespasmódicos, urinarios</b>			
<b>Gemtesa (tableta oral)</b>	B	4	
<b>Myrbetriq (suspensión oral reconstituida de liberación prolongada)</b>	B	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	3	
Oxybutynin Chloride ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Oxybutynin Chloride (jarabe oral)	G	2	
Oxybutynin Chloride (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Solifenacin Succinate (tableta oral)	G	3	QL
Tolterodine Tartrate ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Tolterodine Tartrate (tableta oral)	G	3	
Tropium Chloride (tableta oral)	G	3	
<b>Agentes para la hipertrofia prostática benigna</b>			
Alfuzosin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Dutasteride (cápsula oral)	G	2	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	1	♦
<b>Agentes genitourinarios, otros</b>			
Bethanechol Chloride (tableta oral)	G	2	
<b>Elmiron (cápsula oral)</b>	B	5	DL
<b>Lithostat (tableta oral)</b>	B	5	DL
Penicillamine (250mg cápsula oral)	G	5	PA; DL
Penicillamine (250mg tableta oral)	G	5	DL
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)</b>			
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)</b>			
Dexamethasone (solución 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	

♦ 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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	♦
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)</b>			
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)</b>			
Desmopressin Acetate (tableta oral)	G	3	
Desmopressin Acetate Spray (solución nasal)	G	4	
<b>Egrifta SV (2mg solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Genotropin MiniQuick (jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Genotropin (cartucho para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Increlex (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Serostim (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Zorbtive (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)</b>			
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)</b>			
<b>Korlym (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)</b>			
<b>Esteroides anabólicos</b>			
Oxandrolone (10mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Oxandrolone (2.5mg tableta oral)	G	3	PA; QL
<b>Andrógenos</b>			
<b>Androderm (parche transdérmico 24 horas)</b>	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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
<b>Estrógenos</b>			
Altavera (tableta oral)	G	4	
Alyacen 1/35 (tableta oral)	G	4	
Amethia (tableta oral)	G	4	
Apri (tableta oral)	G	4	
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	
<b>Climara Pro (parche transdérmico semanal)</b>	B	4	
Cryselle-28 (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	
<b>Duavee (tableta oral)</b>	B	4	
<b>Elestrin (gel transdérmico)</b>	B	4	
EluRyng (anillo vaginal)	G	4	
Emoquette (0.15-30mg-mcg tableta oral)	G	4	
Enpresse-28 (tableta oral)	G	4	
Enskyce (tableta oral)	G	4	
Estarlyla (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

♦ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Estradiol Valerate (aceite para inyección intramuscular)	G	4	
<b>Estring (anillo vaginal)</b>	B	4	
Ethinodiol Diacetate-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Etonogestrel-Ethinyl Estradiol (anillo vaginal)	G	4	
Falmina (tableta oral)	G	4	
<b>Femring (anillo vaginal)</b>	B	4	
Femynor (tableta oral)	G	4	
Finzala (tableta oral masticable)	G	4	
Fyavolv (tableta oral)	G	4	
Hailey 24 Fe (tableta oral)	G	4	
Iclevia (tableta oral)	G	4	
<b>Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal)</b>	B	3	PA; QL
<b>Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal)</b>	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	
<b>Layolis Fe (tableta oral masticable)</b>	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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
Lutera (tableta oral)	G	4	
Marlissa (tableta oral)	G	4	
Menest (0.3mg tableta oral, 0.625mg tableta oral, 1.25mg tableta oral)	G	3	
Microgestin 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Microgestin 1/20 (tableta oral)	G	4	
Microgestin 24 Fe (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	
Norethindrone-Ethinyl Estradiol-Fe (1-20mg-mcg/1-30mg-mcg/1-35mg-mcg tableta oral)	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 1/35 (tableta oral)	G	4	
Nylia 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Nymyo (tableta oral)	G	4	
Ocella (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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pimtreea (tableta oral)	G	4	
Pirmella 1/35 (tableta oral)	G	4	
Portia-28 (tableta oral)	G	4	
<b>Premarin (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Premarin (crema vaginal)</b>	B	3	
<b>Premphase (tableta oral)</b>	B	4	QL
<b>Prempro (tableta oral)</b>	B	4	QL
Reclipsen (tableta oral)	G	4	
Rivelsa (tableta oral)	G	4	
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-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	
Yuvafem (tableta vaginal)	G	4	QL
Zafemy (parche transdérmico semanal)	G	4	
Zovia 1/35 (28) (tableta oral)	G	4	
<b>Progestinas</b>			
Camila (tableta oral)	G	4	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Crinone (gel vaginal)</b>	B	4	PA
Deblitane (tableta oral)	G	4	
Errin (tableta oral)	G	4	
Incassia (tableta oral)	G	4	
Lyleq (tableta oral)	G	4	
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	
<b>Agentes modificadores selectivos de los receptores de estrógeno</b>			
<b>Osphena (tableta oral)</b>	B	3	PA; QL
Raloxifene HCl (tableta oral)	G	2	QL
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)</b>			
<b>Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)</b>			
<b>Euthyrox (tableta oral)</b>	B	3	
<b>Levo-T (tableta oral)</b>	B	3	
Levothyroxine Sodium (tableta oral)	G	1	♦
<b>Levoxyl (tableta oral)</b>	B	3	
Liothyronine Sodium (tableta oral)	G	2	
<b>Synthroid (tableta oral)</b>	B	3	
<b>Unithroid (tableta oral)</b>	B	3	
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)</b>			
<b>Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)</b>			
<b>Isturisa (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lysodren (tableta oral)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Agentes hormonales, supresores (pituitaria)</b>			
<b>Agentes hormonales, supresores (pituitaria)</b>			
Cabergoline (tableta oral)	G	3	
<b>Firmagon (240mg dosis) (120mg/ampolleta de solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Firmagon (80mg solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA
Leuprolide Acetate (kit para inyección)	G	4	PA
<b>Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
<b>Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
Octreotide Acetate (solución para inyección)	G	4	PA
<b>Orgovyx (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Signifor (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Synarel (solución nasal)</b>	B	5	DL
<b>Trelstar Mixject (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	5	PA; DL
<b>Agentes hormonales, supresores (tiroides)</b>			
<b>Agentes antitiroideos</b>			
Methimazole (tableta oral)	G	1	♦
Propylthiouracil (tableta oral)	G	2	
<b>Agentes inmunológicos</b>			
<b>Agentes para el angioedema</b>			
<b>Berinert (kit para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Cinryze (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Haegarda (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
<b>Ruconest (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
Sajazir (solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
<b>Inmunoglobulinas</b>			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>BIVIGAM (5g/50ml solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Flebogamma DIF (5g/50ml solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Gammagard (2.5g/25ml solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Gammaked (1g/10ml solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>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>	B	5	PA; DL
<b>Gamunex-C (1g/10ml solución para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Octagam (1g/20ml solución para inyección intravenosa, 2g/20ml solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Panzyga (solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa)</b>	B	5	PA; DL
<b>Agentes inmunológicos, otros</b>			
<b>Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Arcalyst (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Benlysta (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Benlysta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Dupixent (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Dupixent (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Kineret (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Orencia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Otezla (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ridaura (cápsula oral)</b>	B	5	DL
<b>Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Skyrizi (360mg/2.4ml cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Stelara (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xeljanz (solución oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Inmunoestimulantes</b>			
<b>Actimmune (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	DL
<b>Besremi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Intron A (10000000 unidades solución reconstituida para inyección, 50000000 unidades solución reconstituida para inyección)</b>	B	5	PA; DL
<b>Pegasys (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Pegasys (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Inmunosupresores</b>			
<b>Azathioprine (50mg tableta oral)</b>	G	2	B/D,PA
<b>Cimzia Prefilled (2 x 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Cimzia (kit para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
<b>Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Enbrel (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	4	B/D,PA
Everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral, 1mg tableta oral)	G	5	B/D,PA; DL
Gengraf (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Gengraf (solución oral)	G	3	B/D,PA
<b>Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Humira Pen Psoriasis Starter (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
Leflunomide (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	
Methotrexate Sodium (tableta oral)	G	1	♦
Mycophenolate Mofetil (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Mycophenolate Mofetil (suspensión oral reconstituida)	G	5	B/D,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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mycophenolate Mofetil (tableta oral)	G	3	B/D,PA
Mycophenolate Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	B/D,PA
<b>Prograf (paquete oral)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Rasuvo (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	PA
<b>Sandimmune (solución oral)</b>	B	4	B/D,PA
<b>Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	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	
<b>Xatmep (solución oral)</b>	B	4	PA
<b>Vacunas</b>			
<b>ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Adacel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>BCG Vaccine (solución reconstituida para inyección)</b>	B	3	QL
<b>Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Boostrix (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Boostrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Engerix-B (suspensión para inyección)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Engerix-B (jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Havrix (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Hiberix (solución reconstituida para inyección)</b>	B	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Imovax Rabies (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>IPOL (inyección)</b>	B	3	QL
<b>Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Jynneos (suspensión para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Kinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Menactra (solución para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>MenQuadfi (solución para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>M-M-R II (solución reconstituida para inyección)</b>	B	3	QL
<b>Pediarix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Pentacel (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>PreHevbrio (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Priorix (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Quadracel (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Recombivax HB (suspensión para inyección)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Recombivax HB (jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	B	3	B/D,PA; QL
<b>Rotarix (suspensión oral reconstituida)</b>	B	3	QL
<b>RotaTeq (solución oral)</b>	B	3	QL
<b>Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	B	3	PA; 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Ticovac (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Typhim Vi (jeringa precargada con solución para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>VAQTA (suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	3	QL
<b>Varivax (inyectable para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)</b>	B	3	QL
<b>Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal</b>			
<b>Aminosalicilatos</b>			
<b>Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	3	QL
Balsalazide Disodium (cápsula oral)	G	4	
<b>Dipentum (cápsula oral)</b>	B	5	DL
Mesalamine ER (500mg cápsula oral de liberación prolongada) (Pentasa genérico)	G	4	QL
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
<b>Pentasa (250mg cápsula oral de liberación prolongada)</b>	B	4	QL
Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
<b>Glucocorticoides</b>			
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Proctosol HC (crema para uso externo)	G	2	
Proctozone-HC (crema para uso externo)	G	2	
<b>Agentes para la osteopatía metabólica</b>			
<b>Agentes para la osteopatía metabólica</b>			
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 (tableta oral)	G	4	B/D,PA; QL
Doxercalciferol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
<b>Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
Ibandronate Sodium (tableta oral)	G	2	QL
<b>Natpara (cartucho para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
Paricalcitol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
<b>Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	4	QL
<b>Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)</b>	B	5	DL; QL
Risedronate Sodium (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	QL
<b>Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Xgeva (solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Agentes terapéuticos varios</b>			
<b>Agentes terapéuticos varios</b>			
Alcohol Prep Pads	G	3	
Gauze (apósito no medicado de 2X2)	G	3	
Insulin jeringas, agujas	G	3	
<b>Agentes oftálmicos</b>			
<b>Agentes oftálmicos, otros</b>			
Atropine Sulfate (1% solución oftálmica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-Bacitracin-Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	G	3	
Brimonidine Tartrate-Timolol (solución oftálmica)	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Combigan (solución oftálmica)</b>	B	3	
<b>Cystaran (solución oftálmica)</b>	B	5	DL
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica)	G	1	♦
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate Preservative Free (solución oftálmica)	G	4	
<b>Lacrisert (inserto oftálmico)</b>	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	
<b>Pred-G S.O.P. (ungüento oftálmico)</b>	B	4	
<b>Restasis MultiDose (emulsión oftálmica)</b>	B	3	QL
<b>Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)</b>	B	3	QL
<b>Rocklatan (solución oftálmica)</b>	B	3	ST
Sulfacetamide-Prednisolone (solución oftálmica)	G	2	
<b>TobraDex (ungüento oftálmico)</b>	B	3	
<b>TobraDex ST (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica)	G	3	
<b>Xiidra (solución oftálmica)</b>	B	4	QL
<b>Agentes antialérgicos oftálmicos</b>			
<b>Alocril (solución oftálmica)</b>	B	4	
<b>Alomide (solución oftálmica)</b>	B	4	
Azelastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Bepotastine Besilate (solución oftálmica)	G	4	
<b>Bepreve (solución oftálmica)</b>	B	4	
Cromolyn Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Epinastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Olopatadine HCl (solución oftálmica)	G	3	
<b>Antiinfecciosos oftálmicos</b>			
Bacitracin (ungüento oftálmico)	G	2	
Bacitracin-Polymyxin B (ungüento oftálmico)	G	2	
<b>Besivance (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
<b>Ciloxan (ungüento oftálmico)</b>	B	4	
Ciprofloxacin HCl (solución oftálmica)	G	2	
Erythromycin (ungüento oftálmico)	G	2	
Gatifloxacin (solución oftálmica)	G	3	
Gentak (ungüento oftálmico)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Gentamicin Sulfate (solución oftálmica)	G	2	
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	G	3	
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica) (Vigamox genérico)	G	4	
<b>Natacyn (suspensión oftálmica)</b>	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	
<b>Tobrex (ungüento oftálmico)</b>	B	4	
Trifluridine (solución oftálmica)	G	3	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>			
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	G	2	
Diclofenac Sodium (solución oftálmica)	G	2	
<b>Flarex (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	G	3	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	G	2	
<b>FML Forte (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
<b>llevro (suspensión oftálmica)</b>	B	3	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	G	3	
<b>Lotemax (gel oftálmico)</b>	B	4	
<b>Lotemax (ungüento oftálmico)</b>	B	4	
<b>Lotemax (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
<b>Lotemax SM (gel oftálmico)</b>	B	4	
Loteprednol Etabonate (gel oftálmico)	G	4	
Loteprednol Etabonate (suspensión oftálmica)	G	4	
<b>Pred Mild (suspensión oftálmica)</b>	B	4	
Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	G	3	
Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	G	2	
<b>Prolensa (solución oftálmica)</b>	B	4	
<b>Bloqueantes betaadrenérgicos oftálmicos</b>			

- ◆ 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 6-7.



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Betaxolol HCl (solución oftálmica)	G	3	
<b>Betimol (solución oftálmica)</b>	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 (solución oftálmica) (Timoptic genérico)	G	1	♦
<b>Agentes oftálmicos para bajar la presión intraocular, otros</b>			
<b>Alphagan P (0.1% solución oftálmica)</b>	B	3	
Apraclonidine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica)	G	4	
Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica)	G	1	♦
Brinzolamide (suspensión oftálmica)	G	3	
Dorzolamide HCl (solución oftálmica)	G	2	
Methazolamide (tableta oral)	G	4	
Pilocarpine HCl (solución oftálmica)	G	3	
<b>Rhopressa (solución oftálmica)</b>	B	3	ST
<b>Simbrinza (suspensión oftálmica)</b>	B	3	
<b>Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas</b>			
Latanoprost (solución oftálmica)	G	1	♦
<b>Lumigan (solución oftálmica)</b>	B	3	
Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica)	G	3	
<b>Vyzulta (solución oftálmica)</b>	B	4	
<b>Agentes óticos</b>			
<b>Agentes óticos</b>			
Acetic Acid (solución ótica)	G	2	
<b>Cipro HC (suspensión ótica)</b>	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	
<b>Agentes pulmonares/del tracto respiratorio</b>			
<b>Antihistamínicos</b>			
Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)	G	3	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
Desloratadine (tableta oral)	G	3	
<b>Dymista (suspensión nasal)</b>	B	4	
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral)	G	1	QL ♦
<b>Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables</b>			
<b>Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
Budesonide (suspensión para inhalación)	G	4	B/D,PA
<b>Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
<b>Flovent HFA (aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
Flunisolide (solución nasal)	G	1	♦
Fluticasone Propionate (suspensión nasal)	G	2	
Mometasone Furoate (suspensión nasal)	G	4	
<b>Antileucotrienos</b>			
Montelukast Sodium (paquete oral)	G	2	QL
Montelukast Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Montelukast Sodium (tableta oral masticable)	G	2	QL
Zafirlukast (tableta oral)	G	3	QL
Zileuton ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	5	ST; DL
<b>Zyflo (tableta oral de liberación inmediata)</b>	B	5	ST; DL
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>			
<b>Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación)</b>	B	4	
<b>Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
Ipratropium Bromide (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
Ipratropium Bromide (solución nasal)	G	2	
<b>Lonhala Magnair (solución para inhalación)</b>	B	5	DL; QL
<b>Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Broncodilatadores, simpaticomiméticos</b>			

♦ 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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proair genérico), Albuterol Sulfate HFA (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
Levalbuterol Tartrate (aerosol para inhalación)	G	3	
<b>Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)</b>	B	4	B/D,PA; QL
<b>ProAir RespiClick (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	
<b>Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
<b>Agentes para la fibrosis quística</b>			
<b>Cayston (solución reconstituida para inhalación)</b>	B	5	PA; DL
<b>Kalydeco (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Kalydeco (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Orkambi (paquete oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Orkambi (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Pulmozyme (solución para inhalación)</b>	B	5	B/D,PA; DL; QL
<b>TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)</b>	B	5	PA; DL; QL
Tobramycin (solución para nebulizador para inhalación)	G	5	B/D,PA; DL; QL
<b>Estabilizadores de mastocitos</b>			
Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación)	G	4	B/D,PA
<b>Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias</b>			
<b>Daliresp (tableta oral)</b>	B	4	PA; QL
Roflumilast (500mcg tableta oral)	G	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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Theophylline (solución oral)	G	2	
<b>Antihipertensivos pulmonares</b>			
<b>Adempas (tableta oral)</b>	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
<b>Opsumit (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL
<b>Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada)</b>	B	4	PA
<b>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>	B	5	PA; DL
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico)	G	3	PA; QL
Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral) (Adcirca genérico)	G	4	PA; QL
<b>Tracleer (tableta oral soluble)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tyvaso DPI Maintenance Kit (polvo para inhalación)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Tyvaso DPI Titration Kit (polvo para inhalación)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ventavis (solución para inhalación)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Agentes para la fibrosis pulmonar</b>			
<b>Esbriet (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Esbriet (tableta oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Ofev (cápsula oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
Pirfenidone (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
<b>Agentes del tracto respiratorio, otros</b>			
Acetylcysteine (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
<b>Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
<b>Advair HFA (aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
<b>Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
<b>Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación)</b>	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 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Dulera (aerosol para inhalación)</b>	B	4	QL
<b>Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
<b>Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL
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), 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 RespiClick)	G	3	QL
Ipratropium-Albuterol (solución para inhalación)	G	1	B/D,PA ♦
<b>Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Symbicort (aerosol para inhalación)</b>	B	3	QL
<b>Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	3	QL
Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico)	G	3	QL
<b>Relajantes de músculos esqueléticos</b>			
<b>Relajantes de músculos esqueléticos</b>			
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 (500mg tableta oral, 750mg tableta oral)	G	3	QL
<b>Agentes para trastornos del sueño</b>			
<b>Inductores del sueño</b>			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Belsomra (tableta oral)</b>	B	3	QL
Eszopiclone (tableta oral)	G	3	QL
<b>Hetlioz LQ (suspensión oral)</b>	B	5	PA; DL; QL
<b>Hetlioz (cápsula oral)</b>	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
<b>Promotores del estado de vigilia</b>			
Armodafinil (tableta oral)	G	4	PA; QL
Modafinil (tableta oral)	G	3	PA; QL
<b>Xyrem (solución oral)</b>	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 6-7.

## Medicamentos cubiertos con un 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 de UnitedHealthcare. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

Los medicamentos están en orden alfabético en la tabla 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
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
<b>Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 plumas (3.6ml) cada 28 días
<b>Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 jeringas (3.6ml) cada 28 días
<b>ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Acyclovir (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 1 tubo (30 gramos) cada 30 días
<b>Adacel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Advair HFA (aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
<b>Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 pluma (1ml) cada 30 días
Albendazole (tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas por día
<b>Alecensa (cápsula oral)</b>	<b>B</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
<b>Alunbrig (180mg tableta oral, 90mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Alunbrig (30mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</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
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
<b>Androderm (parche transdérmico 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 parche por día
<b>Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Apomorphine HCl (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 2ml por día
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



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Aprepitant (80 y 125mg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas (2 paquetes) cada 28 días
<b>Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Aptiom (200mg tableta oral, 400mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Aptiom (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Aptivus (cápsula oral)</b>	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, 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
<b>Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	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
Atovaquone (suspensión oral)	G	Máximo de 14ml por día
<b>Aubagio (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Austedo (tableta oral)</b>	B	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)</b>	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
<b>Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)</b>	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
<b>Ayvakit (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
Azelaic Acid (gel para uso externo)	G	Máximo de 50 gramos cada 30 días
<b>Balversa (3mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Balversa (4mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Balversa (5mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>BCG Vaccine (solución reconstituida para inyección)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 ampolleta) por día
<b>Belsomra (tableta oral)</b>	<b>B</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
<b>Betaseron (kit para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 kit (15 ampolletas) cada 30 días
<b>Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Bexarotene (gel para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
<b>Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Biktarvy (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Boostrix (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Boostrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Bosentan (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Bosulif (100mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Bosulif (400mg tableta oral, 500mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
<b>Breztri Aerosphere (120 aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
<b>Brilinta (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>BRIVIACT (10mg/ml solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 20ml por día
<b>BRIVIACT (100mg tableta oral, 10mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Brukinsa (cápsula oral)</b>	<b>B</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
Butalbital-Acetaminophen-Caffeine (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 4 plumas (3.4ml) cada 28 días
<b>Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 1 pluma (2.4ml) cada 30 días
<b>Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 1 pluma (1.2ml) cada 30 días
<b>Cablivi (kit para inyección)</b>	B	Máximo de 1 kit por día
<b>Cabometyx (20mg tableta oral, 60mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Cabometyx (40mg tableta oral)</b>	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
<b>Calquence (cápsula oral)</b>	B	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Calquence (tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 tabletas 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
<b>Caplyta (cápsula oral)</b>	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
<b>Cimduo (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Cimzia Prefilled (2 x 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 kits cada 28 días
<b>Cimzia (kit para inyección subcutánea)</b>	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 ETZ (hisopo para uso externo)	G	Máximo de 69 apósitos cada 30 días
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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Codeine Sulfate (30mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 20 días
<b>Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 caja (56 cápsulas) cada 28 días
<b>Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 caja (112 cápsulas) cada 28 días
<b>Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 caja (84 cápsulas) cada 28 días
<b>Complera (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Copiktra (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Corlanor (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 15ml por día
<b>Corlanor (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 jeringas (10ml) cada 30 días
<b>Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 plumas (10ml) cada 30 días
<b>Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 20 jeringas (10ml) cada 30 días
<b>Cotellic (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Cycloset (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Daliresp (250mcg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Daliresp (500mcg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Daurismo (100mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Daurismo (25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Delstrigo (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Descovy (tableta oral)</b>	<b>B</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
<b>Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Dexlansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)	G	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
Dextroamphetamine Sulfate (15mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Dextroamphetamine Sulfate (30mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Diacomit (250mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 12 cápsulas por día
<b>Diacomit (500mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 cápsulas por día
<b>Diacomit (250mg paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 12 paquetes por día
<b>Diacomit (500mg paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 paquetes por día
Diazepam Intensol (concentrado oral)	G	Máximo de 8ml por día
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
<b>Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</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
<b>Dovato (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Doxepin HCl (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
<b>Drizalma Sprinkle (20mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 40mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 60mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Drizalma Sprinkle (30mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Dulera (120 aerosol para inhalación)</b>	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
Duloxetine HCl (30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Duloxetine HCl (60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Dupixent (200mg/1.14ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 4 plumas (4.56ml) cada 28 días
<b>Dupixent (300mg/2ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 4 plumas (8ml) cada 28 días
<b>Dupixent (100mg/0.67ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 jeringas (1.34ml) cada 28 días
<b>Dupixent (200mg/1.14ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 4 jeringas (4.56ml) cada 28 días
<b>Dupixent (300mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 4 jeringas (8ml) cada 28 días
Dutasteride (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Econazole Nitrate (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
<b>Edarbi (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Edarbyclor (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Edurant (tableta oral)</b>	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
<b>Eliquis (tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Eliquis Starter Pack (tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 paquetes (148 tabletas) por año
<b>Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 3 jeringas o plumas (3 ml) cada 30 días
<b>Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
<b>Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
<b>Emsam (parche transdérmico 24 horas)</b>	B	Máximo de 1 parche por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Emtricitabine (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
<b>Emtriva (solución oral)</b>	<b>B</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
<b>Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 cartuchos cada 28 días
<b>Enbrel (solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 ampolletas (4ml) cada 28 días
<b>Enbrel (25mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 jeringas (4ml) cada 28 días
<b>Enbrel (50mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 jeringas (8ml) cada 28 días
<b>Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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
<b>Engerix-B (suspensión para inyección)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>Engerix-B (10mcg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Engerix-B (20mcg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Enoxaparin Sodium (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección, 150mg/ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	Máximo de 2 jeringas (2ml) por día
Enoxaparin Sodium (120mg/0.8ml jeringa precargada con solución para inyección, 80mg/0.8ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	Máximo de 2 jeringas (1.6ml) por día
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	Máximo de 2 jeringas (0.6ml) por día
Enoxaparin Sodium (40mg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	Máximo de 2 jeringas (0.8ml) por día
Enoxaparin Sodium (60mg/0.6ml jeringa precargada con solución para inyección)	G	Máximo de 2 jeringas (1.2ml) por día
<b>Entresto (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Epclusa (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 caja (28 paquetes) cada 28 días
<b>Epclusa (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)	G	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
<b>Erleada (tableta oral)</b>	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
<b>Esbriet (cápsula oral)</b>	B	Máximo de 9 cápsulas por día
<b>Esbriet (267mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Esbriet (801mg tableta oral)</b>	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
<b>Evotaz (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
<b>Exkivity (cápsula oral)</b>	B	Máximo de 4 cápsulas por día
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
<b>Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Fanapt Titration Pack (tableta oral)</b>	B	Máximo de 2 paquetes por año
<b>Farxiga (tableta oral)</b>	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
<b>Fetzima (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	B	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)</b>	B	Máximo de 2 paquetes (56 cápsulas) por año

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Finacea (espuma para uso externo)</b>	<b>B</b>	Máximo de 50 gramos cada 30 días
Fingolimod HCl (cápsula oral)	G	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
<b>Fintepla (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 12ml por día
<b>Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 inhaladores (120 blísteres) cada 30 días
<b>Flovent HFA (110mcg/aplicación aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
<b>Flovent HFA (220mcg/aplicación aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 inhaladores (24 gramos) cada 30 días
<b>Flovent HFA (44mcg/aplicación aerosol para inhalación)</b>	<b>B</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
Fluorouracil (5% crema para uso externo)	G	Máximo de 40 gramos cada 30 días
Fluticasone-Salmeterol (100-50mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 250-50mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 500-50mcg/aplicación 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 RespiClick)	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 ampollitas (4ml) por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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
<b>Fotivda (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 21 cápsulas cada 28 días
<b>Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 ampolletas por día
<b>Fycompa (suspensión oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 24ml por día
<b>Fycompa (tableta oral)</b>	<b>B</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
<b>Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Gavreto (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Genvoya (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Gilenya (0.5mg cápsula oral)</b>	<b>B</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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Glyxambi (tableta oral)</b>	B	Máximo de 1 tableta por día
Granisetron HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Havrix (1440UE/ml suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
<b>Havrix (720UE/0.5ml suspensión para inyección intramuscular)</b>	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
<b>Hetlioz LQ (suspensión oral)</b>	B	Máximo de 158ml cada 30 días
<b>Hetlioz (cápsula oral)</b>	B	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Hiberix (solución reconstituida para inyección)</b>	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
<b>Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 kits por año
<b>Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 kits por año
<b>Humira Pen (40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 kits (4 plumas) cada 28 días
<b>Humira Pen (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea, 80mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 1 kit (2 plumas) cada 28 días
<b>Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 kits por año
<b>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>	B	Máximo de 1 kit (2 jeringas) cada 28 días
<b>Humira (40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)</b>	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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Ibrance (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Ibrance (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 6 jeringas (18ml) cada 30 días
<b>Iclusig (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>IDHIFA (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Imbruvica (140mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Imbruvica (70mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Imbruvica (suspensión oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8ml por día
<b>Imbruvica (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Imiquimod (5% crema para uso externo)	G	Máximo de 24 gramos cada 30 días
<b>Imovax Rabies (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
<b>Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 óvulos vaginales cada 28 días
<b>Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes por año
<b>Incruse Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
<b>Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Ingrezza (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (28 cápsulas) cada 28 días
<b>Inlyta (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Inqovi (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (5 tabletas) cada 28 días
<b>Inrebic (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Intelence (25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>IPOL (inyección)</b>	<b>B</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
<b>Iressa (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>ISENTRESS HD (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>ISENTRESS (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes por día
<b>ISENTRESS (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>ISENTRESS (tableta oral masticable)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Isosorbide Dinitrate-Hydralazine (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Itraconazole (cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>IXIARO (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>JAKAFI (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUMET (tableta oral de liberación inmediata)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUMET XR (100-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50-500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JANUMET XR (50-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUVIA (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JARDIANCE (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JENTADUETO (tableta oral de liberación inmediata)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JENTADUETO XR (2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JENTADUETO XR (5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JULUCA (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JYNNEOS (suspensión para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>KALYDECO (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes por día
<b>KALYDECO (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>KERENDIA (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
<b>KINRIX (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>KISQALI (200mg dosis) (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>KISQALI (400mg dosis) (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>KISQALI (600mg dosis) (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>KISQALI FEMARA (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (49 tabletas) cada 28 días
<b>KISQALI FEMARA (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (70 tabletas) cada 28 días
<b>KISQALI FEMARA (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
<b>KORLYM (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>KOSELUGO (10mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Koselugo (25mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)</b>	<b>B</b>	Máximo de 5 películas por día
Lacosamide (solución oral)	G	Máximo de 40ml por día
Lacosamide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas 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
<b>Latuda (120mg tableta oral, 20mg tableta oral, 40mg tableta oral, 60mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Latuda (80mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Lenalidomide (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Levorphanol Tartrate (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Lexiva (suspensión oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 60ml por día
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 (suspensión oral reconstituida)	G	Máximo de 60ml por día
Linezolid (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Linzess (cápsula oral)</b>	<b>B</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
<b>Livalo (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Lokelma (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 90 paquetes cada 30 días
<b>Lonhala Magnair (solución para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 ampolletas (2ml) por día
<b>Lonsurf (15-6.14mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>Lonsurf (20-8.19mg tableta oral)</b>	<b>B</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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Lorbrena (100mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Lorbrena (25mg tableta oral)</b>	<b>B</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
<b>Lumakras (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 tabletas por día
<b>Lybalvi (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Lynparza (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Maraviroc (150mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Maraviroc (300mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Mavyret (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 5 cajas (140 paquetes) cada 28 días
<b>Mavyret (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Mayzent (0.25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Mayzent (1mg tableta oral, 2mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Mayzent Starter Pack (7 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes (14 tabletas) por año
<b>Mayzent Starter Pack (12 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</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 (solución oral)	G	Máximo de 10ml por día
Memantine HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes por año
Memantine HCl (5mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Menactra (solución para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>MenQuadfi (solución para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Mesalamine ER (500mg cápsula oral de liberación prolongada) (Pentasa genérico)	G	Máximo de 8 cápsulas 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 (500mg tableta oral, 750mg 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
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
<b>M-M-R II (solución reconstituida para inyección)</b>	<b>B</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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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 (concentrado) (20mg/ml 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
<b>Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)</b>	<b>B</b>	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
<b>Motegrity (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 plumas (2ml) cada 28 días
<b>Movantik (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Multaq (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 110 gramos cada 30 días
<b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</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
Nateglinide (60mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Nayzilam (solución nasal)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 dispositivos cada 30 días
Nebivolol HCl (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Nebivolol HCl (20mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Nerlynx (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Ninlaro (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 cápsulas cada 28 días
<b>Norvir (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 12 paquetes por día
<b>Norvir (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 16ml por día
<b>Noxafil (suspensión oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 20ml por día
<b>Nubeqa (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3ml cada 28 días
<b>Nucala (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3ml cada 28 días
<b>Nucala (40mg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 0.4ml cada 28 días
<b>Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 ampolletas cada 28 días
<b>Nuedexta (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Nuplazid (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Nuplazid (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Nurtec ODT (tableta oral dispersable)</b>	<b>B</b>	Máximo de 18 tabletas cada 30 días
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
<b>Ocaliva (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Odefsey (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Ofev (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Olanzapine (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Olanzapine (15mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Olanzapine ODT (10mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Olanzapine ODT (15mg tableta oral dispersable, 20mg 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
<b>Onureg (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 14 tabletas cada 28 días
<b>Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
<b>Orencia (125mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
<b>Orencia (50mg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 jeringas (1.6ml) cada 28 días
<b>Orencia (87.5mg/0.7ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 jeringas (2.8ml) cada 28 días
<b>Orgovyx (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 30 tabletas cada 28 días
<b>Orkambi (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 56 paquetes cada 28 días
<b>Orkambi (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Oseltamivir Phosphate (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida)	G	Máximo de 26ml por día
<b>Ospheña (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Otezla (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</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
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado oral)	G	Máximo de 6ml por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 130ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (2mg/1.5ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 pluma (1.5ml) cada 28 días
<b>Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 pluma (3ml) cada 28 días
<b>Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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
<b>Pediarix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Pemazyre (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 14 tabletas cada 21 días
<b>Pentacel (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inhalación)	G	Máximo de 1 ampolleta (300 mg) cada 28 días
<b>Pentasa (250mg cápsula oral de liberación prolongada)</b>	<b>B</b>	Máximo de 16 cápsulas por día
<b>Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 ampolletas (4ml) por día
Perindopril Erbumine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Pifeltro (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Pimecrolimus (crema para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Pioglitazone HCl (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
<b>Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Pirfenidone (267mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Pirfenidone (534mg tableta oral, 801mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Pomalyst (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Posaconazole (tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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, 25mg cápsula oral, 50mg cápsula oral, 75mg cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Pregabalin (150mg cápsula oral, 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
<b>PreHevbrio (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>Premarin (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Premphase (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Prempro (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Prevymis (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Prezcobix (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Prezista (suspensión oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 frascos (400ml) cada 30 días
<b>Prezista (150mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Prezista (600mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Prezista (75mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>Prezista (800mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Priorix (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
<b>Promacta (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 paquetes por día
<b>Promacta (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Promacta (50mg tableta oral, 75mg tableta oral)</b>	<b>B</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
<b>ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
<b>Pulmozyme (solución para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 ampollas (5 ml) por día
<b>Pyrukynd (20mg tableta oral, 5mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (56 tabletas) cada 28 días
<b>Pyrukynd (50mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes (112 tabletas) cada 28 días
<b>Pyrukynd Taper Pack (5mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (7 tabletas) cada 7 días
<b>Pyrukynd Taper Pack (7 x 20mg y 7 x 5mg tableta oral, paquete de tratamiento, 7 x 50mg y 7 x 20mg tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete (14 tabletas) cada 14 días
<b>Qinlock (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Quadracel (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
<b>RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	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
<b>RAVICTI (líquido oral)</b>	B	Máximo de 17.5ml por día
<b>Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)</b>	B	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 12 plumas (6ml) cada 28 días
<b>Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 paquetes por año
<b>Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 12 jeringas (6ml) cada 28 días
<b>Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 paquetes por año
<b>Recombivax HB (10mcg/ml suspensión para inyección, 40mcg/ml suspensión para inyección)</b>	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>Recombivax HB (5mcg/0.5ml suspensión para inyección)</b>	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Recombivax HB (10mcg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>Recombivax HB (5mcg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección)</b>	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Rectiv (ungüento rectal)</b>	B	Máximo de 30 gramos cada 30 días
<b>Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	B	Máximo de 3 inhaladores (60 blísteres) cada 30 días
<b>Relistor (tableta oral)</b>	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
<b>Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 2 cartuchos (7ml) cada 28 días
<b>Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días



Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 plumas (3ml) cada 28 días
<b>Restasis MultiDose (emulsión oftálmica)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 frasco (5.5ml) cada 25 días
<b>Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 ampolletas por día
<b>Retevmo (40mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 cápsulas por día
<b>Retevmo (80mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Revlimid (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Rexulti (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Reyataz (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 paquetes por día
<b>Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (150mg tableta oral de liberación inmediata)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta cada 30 días
Risedronate Sodium (30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	<b>G</b>	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)	<b>G</b>	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Ritonavir (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 12 tabletas por día
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral)	<b>G</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)	<b>G</b>	Máximo de 1 parche por día
Rizatriptan Benzoate (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable)	<b>G</b>	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Roflumilast (500mcg tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
Rosuvastatin Calcium (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Rotarix (suspensión oral reconstituida)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>RotaTeq (solución oral)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (2ml) por día
<b>Rozlytrek (100mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 5 cápsulas por día
<b>Rozlytrek (200mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Rubraca (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Rybelsus (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Rydapt (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
Sajazir (solución para inyección subcutánea)	<b>G</b>	Máximo de 6 jeringas (18ml) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Sancuso (parche transdérmico)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 parches cada 28 días
<b>Scemblix (20mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Scemblix (40mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>Secuado (parche transdérmico 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 parche por día
<b>Selzentry (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 frascos (1840ml) cada 30 días
<b>Selzentry (25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Selzentry (75mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Serevent Diskus (60 polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (60 inhalaciones) cada 30 días
<b>Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico)	<b>G</b>	Máximo de 3 tabletas por día
Silodosin (cápsula oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Simponi (100mg/ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
<b>Simponi (50mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
<b>Simponi (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
<b>Simponi (50mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
Simvastatin (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 pluma (1ml) cada 28 días
<b>Skyrizi (360mg/2.4ml cartucho con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cartucho (2.4ml) cada 56 días
<b>Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 jeringa (1ml) cada 28 días
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
Solifenacin Succinate (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 5 plumas (15ml) cada 25 días
<b>Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 ampolleta por día
<b>Sovaldi (150mg paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 caja (28 paquetes) cada 28 días
<b>Sovaldi (200mg paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cajas (56 paquetes) cada 28 días
<b>Sovaldi (400mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
<b>Sprycel (100mg tableta oral, 140mg tableta oral, 70mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Sprycel (20mg tableta oral, 50mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Sprycel (80mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Stelara (solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 ampolletas (3ml) cada 84 días
<b>Stelara (45mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 jeringas (3ml) cada 84 días
<b>Stelara (90mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 84 días
<b>Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
<b>Stivarga (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Stribild (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Suboxone (12-3mg película sublingual, 4-1mg película sublingual)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 películas por día
<b>Suboxone (2-0.5mg película sublingual, 8-2mg película sublingual)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 películas por día
Sumatriptan (solución nasal)	<b>G</b>	Máximo de 12 dispositivos cada 30 días
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Sumatriptan Succinate Refill (cartucho con solución para inyección subcutánea)	<b>G</b>	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	<b>G</b>	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)	<b>G</b>	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sunitinib Malate (12.5mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Sunitinib Malate (37.5mg cápsula oral)	<b>G</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Symbicort (120 aerosol para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (10.2 gramos) cada 30 días
<b>Sympazan (película oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 películas por día
<b>Symtuza (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Synjardy (tableta oral de liberación inmediata)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Synjardy XR (10-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Synjardy XR (12.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tabrecta (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral) (Adcirca genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tagrisso (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Talzenna (0.25mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Talzenna (0.5mg cápsula oral, 0.75mg cápsula oral, 1mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Tasigna (150mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 5 cápsulas por día
<b>Tasigna (200mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Tasigna (50mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 14 cápsulas por día
<b>Tazverik (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 tabletas por día
<b>TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) 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
<b>Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
<b>Tepmetko (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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
<b>Thalomid (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Thalomid (150mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Tibsovo (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Ticovac (1.2mcg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.25ml) por día
<b>Ticovac (2.4mcg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Tivicay (50mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tivicay PD (tableta oral soluble)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (300mg/4ml solución para nebulizador para inhalación)	<b>G</b>	Máximo de 2 ampollas (8 ml) por día
Tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación)	<b>G</b>	Máximo de 2 ampollas (10 ml) por día
Tolcapone (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Tracleer (tableta oral soluble)</b>	<b>B</b>	Máximo de 8 tabletas por día
<b>Tradjenta (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl ER (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata)	<b>G</b>	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol-Acetaminophen (tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 8 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta oral)	<b>G</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	<b>G</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Trelegy Elipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Trientine HCl (cápsula oral)	<b>G</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
<b>Trijardy XR (10-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>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>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Trintellix (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Triumeq (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Triumeq PD (tableta oral soluble)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Trizivir (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Trulance (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 plumas (2ml) cada 28 días
<b>Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Truseltiq (100mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 cápsula por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Truseltiq (125mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Truseltiq (50mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Truseltiq (75mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Tukysa (150mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Tukysa (50mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 12 tabletas por día
<b>Turalio (cápsula oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1ml) por día
<b>Tybost (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1.56ml cada 30 días
<b>Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Typhim Vi (jeringa precargada con solución para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
<b>Tyvaso DPI Maintenance Kit (112 x 32mcg y 112 x 48mcg polvo para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 kit (224 cartuchos) cada 28 días
<b>Tyvaso DPI Maintenance Kit (16mcg polvo para inhalación, 32mcg polvo para inhalación, 48mcg polvo para inhalación, 64mcg polvo para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 kit (112 cartuchos) cada 28 días
<b>Tyvaso DPI Titration Kit (112 x 16mcg y 84 x 32mcg polvo para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 kits (392 cartuchos) por año
<b>Tyvaso DPI Titration Kit (112 x 16mcg y 112 x 32mcg y 28 x 48mcg polvo para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 kits (504 cartuchos) por año
Valacyclovir HCl (1g tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Valacyclovir HCl (500mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Valchlor (gel para uso externo)</b>	<b>B</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
<b>Valtoco 10mg Dose (líquido nasal)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 paquetes de blísteres (10 atomizadores) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
<b>Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
<b>Valtoco 5mg Dose (líquido nasal)</b>	<b>B</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
<b>VAQTA (25 unidades/0.5ml suspensión para inyección intramuscular, 25 unidades/0.5ml 0.5ml suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
<b>VAQTA (50 unidades/ml suspensión para inyección intramuscular, 50 unidades/ml 1ml suspensión para inyección intramuscular)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
<b>Varivax (inyectable para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
<b>Veltassa (paquete oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 paquete por día
<b>Vemlidy (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Venclexta (100mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Venclexta (10mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Venclexta (50mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes por año
<b>Ventavis (10mcg/ml solución para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 7ml por día
<b>Ventavis (20mcg/ml solución para inhalación)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3ml por día
<b>Verzenio (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)</b>	<b>B</b>	Máximo de 3 plumas (9ml) cada 30 días
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
<b>Viibryd (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Viibryd Starter Pack (kit oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 paquetes (60 tabletas) por año
Vilazodone HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
<b>Vimpat (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 40ml por día
<b>Vimpat (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Viracept (250mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>Viracept (625mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 4 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
Vitrakvi (100mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Vitrakvi (25mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Vitrakvi (solución oral)	B	Máximo de 20ml por día
Vizimpro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Vonjo (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Voriconazole (suspensión oral reconstituida)	G	Máximo de 20ml por día
Voriconazole (200mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Voriconazole (50mg tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas 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
Vumerity (cápsula oral de liberación retardada) (frasco con dosis de mantenimiento)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Vyndamax (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Vyndaqel (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Welireg (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas 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) (100mg y 150mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (56 tabletas) cada 28 días
Xcopri (350mg dosis diaria) (150mg y 200mg 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 (14 x 12.5mg y 14 x 25mg tableta oral, paquete de tratamiento, 14 x 150mg y 14 x 200mg tableta oral, paquete de tratamiento, 14 x 50mg y 14 x 100mg tableta oral, paquete de tratamiento)	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) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas cada 30 días
Xofluza (80mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 tableta cada 30 días
Xospata (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Xpovio (100mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg una vez por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Xpovio (40mg dos veces por semana) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Xpovio (60mg una vez por semana) (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) (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
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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
<b>Xtandi (80mg tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Xyrem (solución oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 18ml por día
<b>YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)</b>	<b>B</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
<b>Zejula (cápsula oral)</b>	<b>B</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
<b>Zydelig (tableta oral)</b>	<b>B</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Zykadia (tableta oral)</b>	<b>B</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 por estos medicamentos no se toma en cuenta para alcanzar los costos totales de sus medicamentos ni le ayuda a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, el programa no se aplica a estos medicamentos.

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones
<b>Vitaminas</b>		
Folic Acid (1mg tableta)	2	
Cyanocobalamin (1000mcg/ml ampolleta)	2	
Ergocalciferol (50000mcg cápsula)	2	
<b>Disfunción Eréctil</b>		
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**

Los beneficios, la Lista de Medicamentos (Formulario), la red de farmacias, los copagos o los coseguros pueden cambiar 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 de UnitedHealthcare que se encuentra en la portada.

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

UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros.

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, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a nuestro número de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare que se encuentra en la portada.

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



Número gratuito: **1-866-314-8188**, TTY **711**

las 24 horas del día, los 7 días de la semana



**myAARPMedicare.com**