



Lista Completa de Medicamentos (Formulario) 2023

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)

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: **1-866-870-9604**, 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 9
Y0066_060822_113745_C SP v23.01

Última actualización: 1 de octubre 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 (Índice de medicamentos)	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: **1-866-870-9604**, 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 octubre 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 Mosaic Choice plan.

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

*Para el año 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 O fue miembro el año pasado y está dentro de los primeros 90 días del año de su plan	no está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 30 días
	está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 31 días
ha estado en el plan durante más de 90 días	está en un asilo de convalecencia o un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente	un suministro de emergencia de al menos 31 días
está pasando por un cambio en su nivel de cuidado, por ejemplo, será trasladado de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, en cualquier momento del año	no está en un asilo de convalecencia ni en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 30 días
	está en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo	un suministro temporal de al menos 31 días

La receta se debe surtir en una farmacia de la red. Si su receta 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 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	61	
Abacavir Sulfate -Lamivudine	61	
Abelcet	48	
Abilify Maintena	57	
Abiraterone Acetate	50	
Acamprosate Calcium	36	
Acarbose	64	
Accutane	78	
Acebutolol HCl	70	
Acetaminophen -Caffeine -Dihydrocodeine	34	
Acetaminophen -Codeine	34	
Acetazolamide	72	
Acetazolamide ER	72	
Acetic Acid	105	
Acetylcysteine	108	
Acitretin	78	
ActHIB	99	
Actemra	96	
Actemra ACTPen	95	
Actimmune	97	
Acyclovir	60	
Acyclovir Sodium	61	
Adacel	99	
Adapalene	78	
Adefovir Dipivoxil	60	
Adempas	107	
Advair Diskus	108	
	Advair HFA	108
	Aimovig	49
	Ala -Cort	78
	Albendazole	55
	Albuterol Sulfate	106
	Albuterol Sulfate HFA	106
	Alclometasone Dipropionate	78
	Alcohol Prep Pads.....	102
	Alecensa	52
	Alendronate Sodium	101
	Alfuzosin HCl ER	87
	Aliskiren Fumarate	72
	Allopurinol	49
	Alocril	103
	Alomide	103
	Alosetron HCl	85
	Alphagan P	104
	Alprazolam	63
	Altavera	89
	Alunbrig	52
	Alyacen 1/35	89
	Alyq	107
	AmBisome	48
	Amantadine HCl	56
	Ambrisentan	107
	Amethia	89
	Amikacin Sulfate	37
	Amiloride HCl	74
	Amiloride -Hydrochlorothiazide	72
	Amiodarone HCl	70
	Amitriptyline HCl	47
	Amlodipine Besylate	71
	Amlodipine -Atorvastatin	72
	Amlodipine -Benazepril	72
	Amlodipine -Olmesartan	72
	Amlodipine -Valsartan	72
	Ammonium Lactate	78
	Amnesteem	78
	Amoxapine	47
	Amoxicillin	39
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate	39
	Amoxicillin -Potassium Clavulanate ER	39
	Amphetamine -Dextroamphetamine	76
	Amphetamine -Dextroamphetamine ER	76
	Amphotericin B	48
	Ampicillin	39
	Ampicillin Sodium	40
	Ampicillin -Sulbactam Sodium	40
	Anagrelide HCl	68
	Anastrozole	52
	Androderm	89
	Anoro Ellipta	108
	Anzemet	47
	Apomorphine HCl	56
	Apraclonidine HCl	104
	Aprepitant	47

Bosentan	107	C	Cefaclor	38	
Bosulif	52	Cabergoline	94	Cefadroxil	38
Braftovi	52	Cablivi	69	Cefazolin Sodium	38
Breo Ellipta	108	Cabometyx	52	Cefdinir	38
Breztri Aerosphere	108	Calcipotriene	80	Cefepime HCl	38
Briellyn	89	Calcitonin Salmon	101	Cefixime	38
Brilinta	69	Calcitriol	101	Cefotetan Disodium	38
Brimonidine Tartrate	104	Calcium Acetate	84	Cefoxitin Sodium	38
Brimonidine Tartrate -Timolol	102	Calquence	52	Cefpodoxime Proxetil	38
Brinzolamide	104	Camila	93	Cefprozil	38
Bromocriptine Mesylate	56	Camrese Lo	89	Ceftazidime	39
Brukinsa	52	Candesartan Cilexetil	69	Ceftriaxone Sodium	39
Budesonide	105	Candesartan Cilexetil -HCTZ	72	Cefuroxime Axetil	39
Budesonide ER	101	Caplyta	58	Cefuroxime Sodium	39
Bumetanide	73	Caprelsa	52	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	105
Bupropion HCl	45	Carbidopa	56	Chemet	83
Bupropion HCl SR	45	Carbidopa -Levodopa	57	Chenodal	85
Bupropion HCl XL	45	Carbidopa -Levodopa ER	56	Chlordiazepoxide HCl	63
Buspironone HCl	63	Carbidopa -Levodopa ODT	57	Chlorhexidine Gluconate	77
Butalbital -Acetaminophen -Caffeine	34	Carbidopa -Levodopa -Entacapone	56	Chloroquine Phosphate	55
Butalbital -Aspirin -Caffeine	34	Carglumic Acid	82	Chlorpromazine HCl	57
Butorphanol Tartrate	34	Carteolol HCl	104	Chlorthalidone	74
Bydureon BCise	64	Cartia XT	71	Chlorzoxazone	109
Byetta 10mcg Pen	64	Carvedilol	70	Cholbam	86
Byetta 5mcg Pen	64	Cayston	107	Cholestyramine	74
				Cholestyramine Light	74

Ciclopirox	81	Clobetasol Propionate	79	Cordran	79
Ciclopirox Olamine	81	Clobetasol Propionate Emollient Base	79	Corlanor	72
Cilostazol	69	Clodan	79	Cosentyx	96
Ciloxan	103	Clomipramine HCl	47	Cosentyx Sensoready	96
Cimduo	61	Clonazepam	63	Cotellic	53
Cimetidine	85	Clonazepam ODT	63	Creon	86
Cimetidine HCl	85	Clonidine	69	Crinone	93
Cimzia	97	Clonidine HCl	69	Cromolyn Sodium	107
Cimzia Prefilled	97	Clonidine HCl ER	76	Crotan	81
Cinacalcet HCl	101	Clopidogrel Bisulfate	69	Cryselle -28	90
Cinryze	95	Clorazepate Dipotassium	63	Cyclobenzaprine HCl	109
Cipro HC	105	Clotrimazole	81	Cyclophosphamide	50
Ciprofloxacin HCl	103	Clotrimazole -Betamethasone	80	Cycloset	64
Ciprofloxacin in D5W	41	Clozapine	59	Cyclosporine	97
Ciprofloxacin -Dexamethasone	105	Clozapine ODT	59	Cyclosporine Modified	97
Citalopram Hydrobromide	46	Coartem	55	Cyproheptadine HCl	105
Claravis	78	Codeine Sulfate	35	Cyred EQ	90
Clarithromycin	41	Colchicine	49	Cystadane	86
Clarithromycin ER	41	Colesevelam HCl	74	Cystagon	86
Clenpiq	85	Colestipol HCl	74	Cystaran	102
Climara Pro	89	Colistimethate Sodium	37		
Clindacin ETZ	81	Combigan	102	D	
Clindamycin HCl	37	Combivent Respimat	108	Dalfampridine ER	77
Clindamycin Palmitate HCl	37	Cometriq	53	Daliresp	107
Clindamycin Phosphate	81	Compro	47	Dalvance	37
Clindamycin Phosphate in D5W	37	Complera	61	Danazol	89
Clindamycin Phosphate -Benzoyl Peroxide	78	Constulose	84	Dantrolene Sodium	60
Clobazam	43	Copiktra	53	Dapsone	50
				Daptacel	99
				Daptomycin	37

Daurismo	53	Dextrose -NaCl	82	Disulfiram	36
Deblitane	93	Diacomit	43	Diuril	74
Deferasirox	84	Diazepam	64	Divalproex Sodium	64
Deferasirox Granules	83	Diazepam Intensol	63	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	72	Diclofenac Sodium	104	Donepezil HCl ODT	45
Depo -Estradiol	90	Diclofenac Sodium ER	33	Dorzolamide HCl	104
Descovy	61	Dicloxacillin Sodium	40	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate	102
Desipramine HCl	47	Dicyclomine HCl	85	Dorzolamide HCl -Timolol Maleate Preservative Free ..	102
Desloratadine	105	Difacid	41	Dovato	61
Desmopressin Acetate	88	Diflunisal	33	Doxazosin Mesylate	69
Desmopressin Acetate Spray	88	Digitek	72	Doxepin HCl	79
Desogestrel -Ethinyl Estradiol	90	Digoxin	73	Doxercalciferol	101
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	76
Dexamethasone Sodium Phosphate	103	Diltiazem HCl	71	Dronabinol	47
Dexilant	86	Diltiazem HCl ER	71	Drospirenone -Ethinyl Estradiol	90
Dexlansoprazole	86	Diltiazem HCl ER Beads	71	Droxia	51
Dexmethylphenidate HCl	76	Diltiazem HCl ER Coated Beads	71	Droxidopa	69
Dexmethylphenidate HCl ER	76	Dimethyl Fumarate	77	Duavee	90
Dextroamphetamine Sulfate	76	Dimethyl Fumarate Starter Pack	77	Dulera	108
Dextroamphetamine Sulfate ER	76	Dipentum	101	Duloxetine HCl	76
Dextrose	82	Diphenoxylate -Atropine	85	Dupixent	96
		Diphtheria -Tetanus Toxoids DT	99	Dutasteride	87

Dymista	105	Engerix -B	99	Esbriet	108
E					
Econazole Nitrate	81	Enoxaparin Sodium	67	Escitalopram Oxalate	46
Edarbi	69	Enpresse -28	90	Esomeprazole Magnesium	86
Edarbyclor	73	Enskyce	90	Estarylla	90
Edurant	61	Entacapone	56	Estradiol	90
Efavirenz	61	Entecavir	60	Estradiol Valerate	90
Efavirenz -Emtricitabine -Tenofovir	61	Entresto	73	Estring	90
Efavirenz -Lamivudine -Tenofovir	61	Enulose	84	Eszopiclone	109
Egrifta SV	88	Envarsus XR	97	Ethacrynic Acid	73
Elestrin	90	Epclusa	60	Ethambutol HCl	50
Eliquis	67	Epidiolex	42	Ethosuximide	43
Eliquis Starter Pack	67	Epinastine HCl	103	Ethinodiol Diacetate -Ethinyl Estradiol	90
Elmiron	88	Epinephrine	106	Etodolac	33
EluRyng	90	Epitol	44	Etodolac ER	33
Emcyt	51	Epivir HBV	60	Etonogestrel -Ethinyl Estradiol	90
Emgality	49	Eplerenone	74	Etravirine	61
Emoquette	90	Eprontia	42	Euthyrox	94
Emsam	46	Ergotamine -Caffeine	49	Everolimus	97
Emtricitabine	62	Erivedge	53	Evotaz	62
Emtricitabine -Tenofovir Disoproxil Fumarate	62	Erleada	50	Exemestane	52
Emtriva	62	Erlotinib HCl	53	Exkivity	53
Enalapril Maleate	70	Errin	93	Ezetimibe	75
Enalapril -Hydrochlorothiazide	73	Ertapenem Sodium	40	Ezetimibe -Simvastatin	75
Enbrel	97	Ery	81	F	
Enbrel Mini	97	Erythrocin Lactobionate	41	FML	104
Enbrel SureClick	97	Erythromycin	103	FML Forte	104
Endocet	35	Erythromycin Base	41	Falmina	90
		Erythromycin Ethylsuccinate	41	Famciclovir	61

Famotidine	85	Fluconazole	48	Furosemide	73
Fanapt	58	Fluconazole in Sodium Chloride	48	Fuzeon	62
Fanapt Titration Pack	58	Flucytosine	48	Fyavolv	90
Farxiga	64	Fludrocortisone Acetate	88	Fycompa	43
Fasenra	108	Flunisolide	105	G	
Fasenra Pen	108	Fluocinolone Acetonide	105	Gabapentin	44
Febuxostat	49	Fluocinolone Acetonide Scalp	79	Galantamine Hydrobromide	45
Felbamate	42	Fluocinonide	79	Galantamine Hydrobromide ER	45
Felodipine ER	71	Fluocinonide Emulsified Base	79	Gammagard	95
Femring	90	Fluorometholone	104	Gammagard S/D Less IgA ...	95
Femynor	90	Fluorouracil	80	Gammaked	95
Fenofibrate	74	Fluoxetine HCl	46	Gammalex	95
Fenofibrate Micronized	74	Fluphenazine Decanoate	57	Gamunex -C	95
Fenofibric Acid	74	Fluphenazine HCl	57	Gardasil 9	99
Fentanyl	34	Flurbiprofen	33	Gatifloxacin	103
Fentanyl Citrate	35	Flurbiprofen Sodium	104	Gattex	85
Ferriprox	84	Fluticasone Propionate	105	Gauze	102
Fetzima	46	Fluticasone -Salmeterol	109	GaviLyte -C	85
Fetzima Titration	46	Fluvastatin Sodium	74	GaviLyte -G	85
Finacea	78	Fluvastatin Sodium ER	74	Gavreto	53
Finasteride	87	Fluvoxamine Maleate	46	Gemfibrozil	74
Fintepla	42	Fondaparinux Sodium	67	Generlac	84
Firmagon	94	Formoterol Fumarate	106	Gengraf	97
Flac	105	Forteo	101	Genotropin	88
Flarex	104	Fosamprenavir Calcium	62	Genotropin MiniQuick	88
Flebogamma DIF	95	Fosinopril Sodium	70	Gentak	103
Flecainide Acetate	70	Fosinopril Sodium -HCTZ	73	Gentamicin Sulfate	103
Flovent Diskus	105	Fotivda	51	Gentamicin Sulfate -0.9% Sodium Chloride	37
Flovent HFA	105				

Genvoya	61	Heparin Sodium	68	Hydrocodone -Ibuprofen	35
Gilenya	77	Hetlioz	109	Hydrocortisone	101
Gilotrif	53	Hetlioz LQ	109	Hydrocortisone Butyrate	79
Glassia	86	Hiberix	99	Hydrocortisone Valerate	80
Glatiramer Acetate	77	Humalog	66	Hydrocortisone -Acetic Acid	105
Glatopa	77	Humalog Junior KwikPen	66	Hydromorphone HCl	35
Glimepiride	64	Humalog KwikPen	66	Hydromorphone HCl ER	34
Glipizide	64	Humalog Mix 50/50	66	Hydromorphone HCl Preservative Free	35
Glipizide ER	64	Humalog Mix 50/50 KwikPen	66	Hydroxychloroquine Sulfate .	55
Glipizide -Metformin HCl	64	Humalog Mix 75/25	66	Hydroxyurea	51
GlucaGen HypoKit	66	Humalog Mix 75/25 KwikPen	66	Hydroxyzine HCl	63
Glucagon	66	Humira	98	Hydroxyzine Pamoate	63
Glycopyrrolate	85	Humira Pediatric Crohns Start	97		
Glyxambi	64	Humira Pen	98	I	
Granisetron HCl	48	Humira Pen Crohns Disease Starter	98	IDHIFA	51
Griseofulvin Microsize	48	Humira Pen Psoriasis Starter	98	IPOL	99
Griseofulvin Ultramicrosize ...	48	Humira Pen -Pediatric UC Start	98	Ibandronate Sodium	101
Guanfacine HCl ER	76	Humulin 70/30	66	Ibrance	53
Gvoke HypoPen 2 -Pack	66	Humulin 70/30 KwikPen	66	Ibu	33
Gvoke Kit	66	Humulin N	66	Ibuprofen	33
Gvoke PFS	66	Humulin N KwikPen	66	Icatibant Acetate	95
H		Humulin R	66	Iclevia	90
Haegarda	95	Humulin R U -500	67	Iclusig	53
Hailey 24 Fe	90	Humulin R U -500 KwikPen .	67	Icosapent Ethyl	75
Halobetasol Propionate	79	Hydralazine HCl	75	Ilevro	104
Haloperidol	57	Hydrochlorothiazide	74	Imatinib Mesylate	53
Haloperidol Decanoate	57	Hydrocodone -Acetaminophen	35	Imbruvica	53
Haloperidol Lactate	57			Imipenem -Cilastatin	41
Havrix	99			Imipramine HCl	47

Imipramine Pamoate	47	Ipratropium Bromide	106	Jentaduetto	65
Imiquimod	80	Ipratropium -Albuterol	109	Jentaduetto XR	65
Imiquimod Pump	80	Irbesartan	69	Jinteli	90
Imovax Rabies	99	Irbesartan -Hydrochlorothiazide	73	Jublia	81
Impavido	56	Iressa	53	Juleber	90
Imvexxy Maintenance Pack	90	Isentress	61	Juluca	61
Imvexxy Starter Pack	90	Isentress HD	61	Junel 1.5/30	90
Incassia	93	Isibloom	90	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	75	Juxtapid	75
Infanrix	99	Isosorbide Dinitrate -Hydralazine	73		
Ingrezza	76	Isosorbide Mononitrate	75	K	
Inlyta	53	Isosorbide Mononitrate ER	75	KCl in Dextrose -NaCl	82
Inqovi	53	Isotretinoin	78	KCl -Lactated Ringers -D5W	82
Inrebic	53	Isturisa	94	Kaitlib Fe	91
Insulin Lispro	67	Itraconazole	48	Kalydeco	107
Insulin Lispro Junior KwikPen	67	Ivermectin	55	Kariva	91
Insulin Lispro Prot & Lispro	67	Ixiaro	99	Kelnor 1/35	91
Insulin jeringas, agujas.	102			Kelnor 1/50	91
Intelence	61	J		Kerendia	73
Intralipid	82	Jakafi	53	Ketoconazole	81
Intron A	97	Jantoven	68	Ketorolac Tromethamine	104
Introvale	90	Janumet	64	Kineret	96
Invega Hafyera	58	Janumet XR	64	Kinrix	99
Invega Sustenna	58	Januvia	64	Kisqali	53
Invega Trinza	58	Jardiance	65	Kisqali Femara	53
		Jasmiel	90	Klor -Con	82
				Klor -Con 10	82

Klor -Con 8	82	Layolis Fe	91	Levofloxacin	103
Klor -Con M10	82	Leena	91	Levofloxacin in D5W	41
Klor -Con M15	82	Leflunomide	98	Levonest	91
Klor -Con M20	82	Lenalidomide	51	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol	91
Korlym	89	Lenvima 10mg Daily Dose ...	53	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol .	91
Koselugo	53	Lenvima 12mg Daily Dose ...	53	Levonorgestrel -Ethinyl Estradiol 91 -Day	91
Kurvelo	91	Lenvima 14mg Daily Dose ...	54	Levora 0.15/30	91
Kynmobi	56	Lenvima 18mg Daily Dose ...	54	Levorphanol Tartrate	34
L					
LARIN 1.5/30	91	Lenvima 20mg Daily Dose ...	54	Levothyroxine Sodium	94
LARIN 1/20	91	Lenvima 24mg Daily Dose ...	54	Levoxyl	94
LARIN Fe 1.5/30	91	Lenvima 4mg Daily Dose	54	Lexiva	62
LARIN Fe 1/20	91	Lenvima 8mg Daily Dose	54	Lidocaine	36
Labetalol HCl	71	Lessina	91	Lidocaine HCl	36
Lacosamide	44	Letrozole	52	Lidocaine Viscous	36
Lacrisert	102	Leucovorin Calcium	55	Lidocaine -Prilocaine	36
Lactulose	84	Leukeran	50	Linezolid	37
Lamivudine	62	Leukine	68	Linzess	84
Lamivudine -Zidovudine	62	Leuprolide Acetate	94	Liothyronine Sodium	94
Lamotrigine	43	Levalbuterol HCl	106	Lisinopril	70
Lanoxin	73	Levalbuterol Tartrate	106	Lisinopril -Hydrochlorothiazide .	73
Lansoprazole	86	Levemir	67	Lithium Carbonate	64
Lanthanum Carbonate	84	Levemir FlexTouch	67	Lithium Carbonate ER	64
Lantus	67	Levetiracetam	43	Lithostat	88
Lantus SoloStar	67	Levetiracetam ER	43	Livalo	74
Lapatinib Ditosylate	53	Levo -T	94	Lokelma	84
Larissia	91	Levobunolol HCl	104	Lonhala Magnair	106
Latanoprost	105	Levocarnitine	86	Lonsurf	51
Latuda	58	Levocetirizine Dihydrochloride .	105	Loperamide HCl	85

Lopinavir -Ritonavir	63	Maraviroc	62	Metformin HCl	65
Lorazepam	64	Marlissa	91	Metformin HCl ER	65
Lorazepam Intensol	64	Marplan	46	Methadone HCl	34
Lorbrena	54	Matulane	50	Methazolamide	104
Loryna	91	Matzim LA	72	Methenamine Hippurate	37
Losartan Potassium	69	Mavyret	60	Methimazole	95
Losartan Potassium -HCTZ ..	73	Mayzent	77	Methocarbamol	109
Lotemax	104	Mayzent Starter Pack	77	Methotrexate Sodium	98
Lotemax SM	104	Meclizine HCl	47	Methoxsalen Rapid	80
Loteprednol Etabonate	104	Medroxyprogesterone Acetate ..	93	Methscopolamine Bromide ..	85
Lovastatin	74	Mefloquine HCl	56	Methylphenidate HCl	76
Low -Ogestrel	91	Megestrol Acetate	93	Methylphenidate HCl ER	76
Loxapine Succinate	57	Mekinist	54	Methylprednisolone	88
Lubiprostone	84	Mektovi	54	Metoclopramide HCl	47
Lumakras	51	Meloxicam	33	Metolazone	74
Lumigan	105	Memantine HCl	45	Metoprolol Succinate ER	71
Lupron Depot	94	Memantine HCl ER	45	Metoprolol Tartrate	71
Lutera	91	Memantine HCl Titration Pak ..	45	Metoprolol -Hydrochlorothiazide	73
Lybalvi	58	MenQuadfi	99	Metronidazole	37
Lyleq	93	Menactra	99	Metyrosine	73
Lynparza	54	Menest	91	Mexiletine HCl	70
Lysodren	94	Mentax	81	Micafungin Sodium	48
Lyumjev	67	Menveo	99	Miconazole 3	48
Lyumjev KwikPen	67	Mercaptopurine	51	Microgestin 1.5/30	91
Lyza	93	Meropenem	41	Microgestin 1/20	91
M					
M -M -R II	99	Mesalamine	101	Microgestin 24 Fe	91
Magnesium Sulfate	82	Mesalamine ER	101	Microgestin Fe 1.5/30	91
Malathion	81	Mesnex	55	Microgestin Fe 1/20	91

Midodrine HCl	69	Myorisan	78	Neomycin -Polymyxin -HC .	105	
Migergot	49	Myrbetriq	87	Nerlynx	54	
Miglitol	65	N			Neuac	78
Miglustat	86	Nabumetone	33	Neulasta	68	
Mili	91	Nadolol	71	Neupro	56	
Minocycline HCl	42	Nafcillin Sodium	40	Nevirapine	61	
Minoxidil	75	Naftifine HCl	81	Nevirapine ER	61	
Mirtazapine	45	Naftin	81	Niacin	75	
Mirtazapine ODT	46	Naloxone HCl	36	Niacin ER	75	
Mirvaso	78	Naltrexone HCl	36	Niacor	75	
Misoprostol	86	Namzarcic	45	Nicardipine HCl	71	
Modafinil	110	Naproxen	33	Nicotrol	36	
Moexipril HCl	70	Naproxen DR	33	Nicotrol NS	36	
Molindone HCl	57	Naratriptan HCl	49	Nifedipine ER	71	
Mometasone Furoate	106	Narcan	36	Nifedipine ER Osmotic Release	71	
Montelukast Sodium	106	Natacyn	103	Nikki	91	
Morphine Sulfate	35	Nateglinide	65	Nilutamide	51	
Morphine Sulfate ER	34	Natpara	101	Nimodipine	71	
Motegrity	84	Nayzilam	44	Ninlaro	51	
Mounjaro	65	Nebivolol HCl	71	Nitazoxanide	56	
Movantik	84	Necon 0.5/35	91	Nitisinone	86	
Moxifloxacin HCl	103	Nefazodone HCl	46	Nitro -Bid	75	
Moxifloxacin HCl in NaCl	42	Neomycin Sulfate	37	Nitrofurantoin	38	
Multaq	70	Neomycin -Bacitracin -Polymyxin	103	Nitrofurantoin Macrocrystal ..	38	
Mupirocin	81	Neomycin -Polymyxin -Bacitracin -Hydrocortisone	102	Nitrofurantoin Monohydrate .	38	
Mupirocin Calcium	81	Neomycin -Polymyxin -Dexamethasone	102	Nitroglycerin	75	
Myalept	85	Neomycin -Polymyxin -Gramicidin	103	Nitrostat	75	
Mycophenolate Mofetil	98			Nizatidine	85	
Mycophenolate Sodium	98					

Nora -BE	93	Ocella	92	Oxacillin Sodium	40
Norethindrone	93	Octagam	95	Oxacillin Sodium in Dextrose	40
Norethindrone Acetate	93	Octreotide Acetate	94	Oxandrolone	89
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol	91	Odefsey	62	Oxcarbazepine	44
Norethindrone Acetate -Ethinyl Estradiol -Fe	92	Odomzo	54	Oxybutynin Chloride	87
Norgestimate -Ethinyl Estradiol	92	Ofev	108	Oxybutynin Chloride ER	87
Norgestimate -Ethinyl Estradiol Triphasic	92	Ofloxacin	105	Oxycodone HCl	35
Nortrel 0.5/35	92	Olanzapine	58	Oxycodone -Acetaminophen	35
Nortrel 1/35	92	Olanzapine ODT	58	Ozempic	65
Nortrel 7/7/7	92	Olmesartan Medoxomil	69	P	
Nortriptyline HCl	47	Olmesartan Medoxomil -HCTZ	73	PEG -3350 -Electrolytes	85
Norvir	63	Olmesartan -Amlodipine -HCTZ	73	PEG -3350 -NaCl -Na Bicarbonate -KCl	85
Noxafil	48	Olopatadine HCl	103	Pacerone	70
Nubeqa	51	Omega -3 -Acid Ethyl Esters	75	Paliperidone ER	58
Nucala	109	Omeprazole	86	Panretin	55
Nuedexta	76	Ondansetron HCl	48	Pantoprazole Sodium	86
Nuplazid	58	Ondansetron ODT	48	Panzyga	95
Nurtec ODT	49	Onureg	51	Paricalcitol	101
Nutrilipid	82	Opsumit	107	Paromomycin Sulfate	37
Nyamyc	81	Orencia	96	Paroxetine HCl	46
Nylia 1/35	92	Orencia ClickJect	96	Paser	50
Nylia 7/7/7	92	Orenitram	107	Pediarix	99
Nymalize	71	Orfadin	86	Pedvax HIB	99
Nymyo	92	Orgovyx	94	Pegasys	97
Nystatin	81	Orkambi	107	Pemazyre	51
Nystop	81	Oseltamivir Phosphate	63	Penicillamine	88
O		Osphena	94	Penicillin G Potassium	40
Ocaliva	85	Otezla	96	Penicillin G Procaine	40

Penicillin G Sodium	40	Piperacillin -Tazobactam	40	Pred -G	102
Penicillin V Potassium	40	Piqray	54	Pred -G S.O.P.	102
Pentacel	100	Pirfenidone	108	Prednicarbate	80
Pentamidine Isethionate	56	Pirmella 1/35	92	Prednisolone	88
Pentasa	101	Piroxicam	34	Prednisolone Acetate	104
Pentoxifylline ER	73	Plasma -Lyte 148	82	Prednisolone Sodium Phosphate	104
Perforomist	107	Plasma -Lyte A	82	Prednisone	88
Perindopril Erbumine	70	Plenamaine	83	Prednisone Intensol	88
Periogard	77	Podofilox	80	Pregabalin	77
Permethrin	81	Polymyxin B Sulfate	38	Premarin	92
Perphenazine	47	Polymyxin B -Trimethoprim	103	Premasol	83
Perseris	59	Pomalyst	51	Premphase	92
Phenelzine Sulfate	46	Portia -28	92	Prempro	92
Phenobarbital	44	Posaconazole	48	Prenatal	84
Phenoxybenzamine HCl	69	Potassium Chloride	83	Prevalite	75
Phenytek	45	Potassium Chloride CR	83	Prevymis	60
Phenytoin	45	Potassium Chloride ER	83	Prezcobix	63
Phenytoin Sodium Extended	45	Potassium Chloride in Dextrose	83	Prezista	63
Phoslyra	84	Potassium Chloride in NaCl .83		Priftin	50
Pifeltro	61	Potassium Citrate ER	83	Primaquine Phosphate	56
Pilocarpine HCl	105	Praluent	75	Primidone	44
Pimecrolimus	80	Pramipexole Dihydrochloride	56	Priorix	100
Pimozide	57	Prasugrel HCl	69	Privigen	95
Pimtrea	92	Pravastatin Sodium	74	ProAir HFA	107
Pindolol	71	Praziquantel	55	ProAir RespiClick	107
Pioglitazone HCl	65	Prazosin HCl	69	ProQuad	100
Pioglitazone HCl -Glimepiride	65	PreHevbrio	100	Probenecid	49
Pioglitazone HCl -Metformin HCl	65	Pred Mild	104	Probenecid -Colchicine	49

Prochlorperazine	47	Pyrukynd	69	Rectiv	75
Prochlorperazine Maleate	47	Pyrukynd Taper Pack	69	Regranex	80
Procrit	69	Q		Relenza Diskhaler	63
Procto -Med HC	101	Qinlock	51	Relistor	85
Procto -Pak	101	Quadracel	100	Repaglinide	65
Proctosol HC	101	Quetiapine Fumarate	59	Repatha	75
Proctozone -HC	101	Quetiapine Fumarate ER	59	Repatha Pushtronex System	75
Procysbi	87	Quinapril HCl	70	Repatha SureClick	75
Progesterone	93	Quinapril -Hydrochlorothiazide	73	Restasis MultiDose	102
Prograf	98	Quinidine Gluconate ER	70	Restasis Single -Use Vials	102
Prolastin -C	87	Quinidine Sulfate	70	Retacrit	69
Prolensa	104	Quinine Sulfate	56	Retevmo	51
Prolia	101	R		Revcovi	87
Promacta	69	RAVICTI	87	Revlimid	51
Promethazine HCl	47	RabAvert	100	Rexulti	59
Promethegan	47	Rabeprazole Sodium	86	Reyataz	63
Propafenone HCl	70	Raloxifene HCl	94	Rhopressa	105
Propafenone HCl ER	70	Ramelteon	109	Ribavirin	60
Propranolol HCl	71	Ramipril	70	Ridaura	96
Propranolol HCl ER	71	Ranolazine ER	73	Rifabutin	50
Propylthiouracil	95	Rasagiline Mesylate	57	Rifampin	50
Prosol	83	Rasuvo	98	Riluzole	76
Protriptyline HCl	47	Rayaldee	102	Rimantadine HCl	63
Pulmozyme	107	Rebif	77	Rinvoq	96
Purixan	51	Rebif Rebidose	77	Risedronate Sodium	102
Pyrazinamide	50	Rebif Rebidose Titration Pack	77	Risperdal Consta	59
Pyridostigmine Bromide	50	Rebif Titration Pack	77	Risperidone	59
Pyridostigmine Bromide ER	50	Reclipsen	92	Risperidone ODT	59
Pyrimethamine	56	Recombivax HB	100		

Ritonavir	63	Savella Titration Pack	77	Sodium Polystyrene Sulfonate .	84
Rivastigmine	45	Scemblix	54	Sodium Sulfate -Potassium	
Rivastigmine Tartrate	45	Scopolamine	47	Sulfate -Magnesium Sulfate .	85
Rivelsa	92	Secuado	59	Sofosbuvir -Velpatasvir	60
Rizatriptan Benzoate	49	Selegiline HCl	57	Solifenacin Succinate	87
Rizatriptan Benzoate ODT	49	Selenium Sulfide	80	Soliqua	65
Rocklatan	102	Selzentry	62	Soltamox	51
Ropinirole HCl	56	Serevent Diskus	107	Somavert	94
Rosuvastatin Calcium	74	Serostim	89	Sorafenib Tosylate	54
RotaTeq	100	Sertraline HCl .	46	Sorine	70
Rotarix	100	Setlakin	92	Sotalol HCl .	70
Roweepra	43	Sevelamer Carbonate	84	Sotalol HCl AF	70
Rozlytrek	54	Sharobel .	93	Sovaldi	60
Rubraca	54	Shingrix	100	Spiriva HandiHaler .	106
Ruconest	95	Signifor	94	Spiriva Respimat	106
Rufinamide	45	Sildenafil Citrate	108	Spirolactone	74
Rukobia .	62	Silodosin	87	Spirolactone -HCTZ .	73
Rybelsus	65	Silver Sulfadiazine .	81	Sprintec 28 .	92
Rydapt	54	Simbrinza .	105	Spritam ODT	43
Rytary .	57	Simponi	98	Sprycel	54
S		Simvastatin	74	Sronyx	92
SPS	84	Sirolimus	98	Stelara	96
SSD	81	Sirturo	50	Stiolto Respimat	109
Sajazir	95	Skyrizi	96	Stivarga	54
Sancuso	48	Skyrizi Pen	96	Streptomycin Sulfate .	37
Sandimmune	98	Sodium Chloride	83	Stribild	61
Santyl	80	Sodium Fluoride .	83	Suboxone	36
Sapropterin Dihydrochloride .		Sodium Phenylbutyrate	87	Sucraid	87
.....	87			Sucrafate .	86
Savella	77				

Sulfacetamide Sodium	103	Tabrecta	51	Testosterone	89
Sulfacetamide -Prednisolone	102	Tacrolimus	98	Testosterone Cypionate	89
Sulfadiazine	42	Tadalafil	108	Testosterone Enanthate	89
Sulfamethoxazole -Trimethoprim	42	Tafinlar	54	Tetrabenazine	76
Sulfamylon	82	Tagrisso	54	Tetracycline HCl	42
Sulfasalazine	101	Talzenna	54	Thalomid	51
Sulindac	34	Tamoxifen Citrate	51	Theophylline	107
Sumatriptan	49	Tamsulosin HCl	87	Theophylline ER	107
Sumatriptan Succinate	49	Tarina 24 Fe	92	Thioridazine HCl	57
Sunitinib Malate	54	Tarina Fe 1/20 EQ	92	Thiothixene	57
Suprax	39	Tasigna	54	Tiadyt ER	72
Suprep Bowel Prep Kit	85	Tazarotene	78	Tiagabine HCl	44
Syeda	92	Tazicef	39	Tibsovo	54
Symbicort	109	Taztia XT	72	Ticovac	100
SymlinPen 120	65	Tazverik	51	Tigecycline	38
SymlinPen 60	65	Teflaro	39	Tilia Fe	92
Sympazan	44	Tegsedi	87	Timolol Maleate	104
Symtuza	63	Telmisartan	70	Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming	104
Synarel	94	Telmisartan -Amlodipine	73	Tinidazole	38
Synjardy	65	Telmisartan -HCTZ	73	Tivicay	61
Synjardy XR	65	Temazepam	109	Tivicay PD	61
Synribo	51	Tenivac	100	Tizanidine HCl	60
Synthroid	94	Tenofovir Disoproxil Fumarate	62	TobraDex	102
T		Tepmetko	54	TobraDex ST	103
TDVAX	100	Terazosin HCl	88	Tobramycin	107
TOBI Podhaler	107	Terbinafine HCl	48	Tobramycin Sulfate	37
TPN Electrolytes	83	Terconazole	48	Tobramycin -Dexamethasone	103
Tabloid	51	Teriparatide	102	Tobrex	103

Tolcapone	56	Tri -Estarylla	92	Trulicity	65
Tolterodine Tartrate .	87	Tri -Legest Fe	92	Trumenba	100
Tolterodine Tartrate ER	87	Tri -Lo -Estarylla	92	Truseltiq	52
Topiramate	43	Tri -Lo -Sprintec	92	Tukysa	52
Toremifene Citrate .	51	Tri -Mili	92	Turalio .	55
Toremide	73	Tri -Nymyo	93	Twinrix	100
Toujeo Max SoloStar .	67	Tri -Sprintec	93	Tybost	62
Toujeo SoloStar	67	Tri -VyLibra .	93	Tymlos	102
Tracleer	108	Tri -VyLibra Lo .	93	Typhim Vi .	100
Tradjenta .	65	Triamcinolone Acetonide .	80	Tyvaso DPI Maintenance Kit .	108
Tramadol HCl	35	Triamterene	74	Tyvaso DPI Titration Kit	108
Tramadol HCl ER .	34	Triamterene -HCTZ .	73		
Tramadol -Acetaminophen .	35	Triderm .	80	U	
Trandolapril	70	Trientine HCl	84	Unithroid	94
Trandolapril -Verapamil HCl ER	73	Trifluoperazine HCl	57	Ursodiol	85
Tranexamic Acid	69	Trifluridine .	103	V	
Tranylcypromine Sulfate	46	Trihexyphenidyl HCl	56	VAQTA	100
Travasol .	83	Trijardy XR	65	Valacyclovir HCl	61
Travoprost	105	Trimethoprim	38	Valchlor	50
Trazodone HCl	46	Trimipramine Maleate .	47	Valganciclovir HCl .	60
Trecator .	50	Trintellix	46	Valproic Acid .	43
Trelegy Ellipta	109	Triumeq .	62	Valsartan	70
Trelstar Mixject	95	Triumeq PD	62	Valsartan -Hydrochlorothiazide	73
Tresiba .	67	Trivora .	93	Valtoco 10mg Dose	44
Tresiba FlexTouch	67	Trizivir .	62	Valtoco 15mg Dose	44
Tretinoin	78	TrophAmine	83	Valtoco 20mg Dose	44
Tretinoin Microsphere	78	Trospium Chloride .	87	Valtoco 5mg Dose	44
Trexall	98	Trulance	85	Vancomycin HCl	38
				Vandazole .	38
				Varenicline Tartrate	36

Varivax	100	Vizimpro	55	Xigduo XR	66
Vascepa	75	Vonjo	52	Xiidra	103
Velivet	93	Voriconazole	49	Xofluza	63
Velphoro	84	Vosevi	60	Xolair	97
Veltassa	84	Votrient	55	Xospata	55
Vemlidy	60	Vraylar	59	Xpovio	52
Venclexta	55	Vumerity	77	Xtampza ER	34
Venclexta Starting Pack	55	VyLibra	93	Xtandi	51
Venlafaxine HCl	47	Vyfemla	93	Xulane	93
Venlafaxine HCl ER	47	Vyndamax	87	Xyrem	110
Ventavis	108	Vyndaqel	87	Y	
Verapamil HCl	72	Vyvanse	76	YF -Vax	100
Verapamil HCl ER	72	Vyzulta	105	Yuvaferm	93
Versacloz	60	W		Z	
Verzenio	55	WYMZYA Fe	93	Zafemy	93
Vestura	93	Warfarin Sodium	68	Zafirlukast	106
Vibramycin	42	Welireg	55	Zaleplon	109
Victoza	66	Wixela Inhub	109	Zarxio	69
Vienna	93	X		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	98	Zenatane	78
Vilazodone HCl	47	Xcopri	43	Zenpep	87
Vimpat	45	Xeljanz	97	Zerbaxa	39
Viracept	63	Xeljanz XR	97	Zidovudine	62
Viread	62	Xermelo	85	Ziextenzo	69
Vitrakvi	55	Xgeva	102	Zileuton ER	106
Vivitrol	36	Xifaxan	38	Ziprasidone HCl	59

Ziprasidone Mesylate	59
Zirgan	60
Zolinza	52
Zolpidem Tartrate	110
Zonisamide	45
Zorbtive	89
Zovia 1/35	93
Zydelig	55
Zyflo	106
Zykadia	55
Zyprexa Relprev	59

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
Analgésicos			
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos			
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	
Meloxicam (tableta oral)	G	1	♦
Nabumetone (tableta oral)	G	2	
Naproxen (suspensión oral)	G	5	DL
Naproxen (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Naproxen DR (tableta oral de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	G	2	

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

- ◆ 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
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
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	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
Anestésicos			
Anestésicos locales			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias			
Ansiolíticos/disuasivos del alcohol			
Acamprosate Calcium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
Disulfiram (tableta oral)	G	3	
Naltrexone HCl (tableta oral)	G	3	
Vivitrol (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	5	DL
Dependencia de los opiáceos			
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	G	2	QL
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (película sublingual)	G	4	QL
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (tableta sublingual)	G	2	QL
Suboxone (película sublingual)	B	4	QL
Agentes para reversión de opiáceos			
Naloxone HCl (0.4mg/ml solución para inyección)	G	2	
Naloxone HCl (cartucho con solución para inyección)	G	2	
Naloxone HCl (jeringa precargada con solución para inyección)	G	2	
Naloxone HCl (líquido nasal)	G	3	
Narcan (líquido nasal)	B	3	
Agentes para dejar de fumar			
Bupropion HCl SR (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo)	G	2	
Nicotrol (inhalador para inhalación)	B	4	
Nicotrol NS (solución nasal)	B	4	
Varenicline Tartrate (tableta oral, paquete)	G	3	
Varenicline Tartrate (tableta oral)	G	3	
Antibacterianos			
Aminoglucósidos			

♦ 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
Amikacin Sulfate (500mg/2ml solución para inyección)	G	4	
Gentamicin Sulfate-0.9% Sodium Chloride (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Gentamicin Sulfate (40mg/ml solución para inyección)	G	4	
Neomycin Sulfate (tableta oral)	G	2	
Paromomycin Sulfate (cápsula oral)	G	4	
Streptomycin Sulfate (solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	5	DL
Tobramycin Sulfate (10mg/ml solución para inyección, 80mg/2ml solución para inyección)	G	4	
Antibacterianos, otros			
Aztreonam (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Clindamycin HCl (cápsula oral)	G	2	
Clindamycin Palmitate HCl (solución oral reconstituida)	G	4	
Clindamycin Phosphate in D5W (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Clindamycin Phosphate (300mg/2ml solución para inyección, 600mg/4ml solución para inyección, 900mg/6ml solución para inyección)	G	4	
Clindamycin Phosphate (crema vaginal)	G	3	
Colistimethate Sodium (CBA) (solución reconstituida para inyección)	G	5	DL
Dalvance (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Daptomycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	5	DL
Linezolid (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Linezolid (suspensión oral reconstituida)	G	5	DL; 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	
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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Nitrofurantoin Macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (Macrochantin 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
Vandazole (gel vaginal)	B	3	
Xifaxan (tableta oral)	B	5	PA; DL
Betalactámicos, cefalosporinas			
Cefaclor (cápsula oral)	G	3	
Cefadroxil (cápsula oral)	G	2	
Cefadroxil (suspensión oral reconstituida)	G	2	
Cefazolin Sodium (10g solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefdinir (cápsula oral)	G	3	
Cefdinir (suspensión oral reconstituida)	G	3	
Cefepime HCl (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Cefixime (cápsula oral)	G	3	
Cefixime (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Cefotetan Disodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
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	

◆ 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
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	
Suprax (500mg/5ml suspensión oral reconstituida)	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	
Teflaro (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	DL
Zerbaxa (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Betalactámicos, penicilinas			
Amoxicillin (cápsula oral)	G	1	♦
Amoxicillin (suspensión oral reconstituida)	G	1	♦
Amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Amoxicillin (tableta oral masticable)	G	1	♦
Amoxicillin-Potassium Clavulanate ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (suspensión oral reconstituida)	G	2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Amoxicillin-Potassium Clavulanate (tableta oral masticable)	G	2	
Ampicillin (cápsula oral)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Ampicillin Sodium (125mg solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ampicillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Ampicillin-Sulbactam Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Ampicillin-Sulbactam Sodium (15 (10-5)g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Bicillin C-R 900/300 (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Bicillin C-R (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Bicillin L-A (suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Bicillin L-A (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Dicloxacillin Sodium (cápsula oral)	G	2	
Nafcillin Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Nafcillin Sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Oxacillin Sodium in Dextrose (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Oxacillin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Penicillin G Potassium (20000000 unidades solución reconstituida para inyección)	G	4	
Penicillin G Procaine (suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Penicillin G Sodium (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Penicillin V Potassium (solución oral reconstituida)	G	2	
Penicillin V Potassium (tableta oral)	G	2	
Piperacillin-Tazobactam (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Carbapenemasas			
Ertapenem 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
Imipenem-Cilastatin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Meropenem (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Macrólidos			
Azithromycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Azithromycin (suspensión oral reconstituida)	G	1	♦
Azithromycin (tableta oral)	G	1	♦
Clarithromycin ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Clarithromycin (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Dificid (suspensión oral reconstituida)	B	5	DL
Dificid (tableta oral)	B	5	DL
Erythrocin Lactobionate (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Erythromycin Base (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	4	
Erythromycin Base (tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Erythromycin Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida)	G	4	
Erythromycin Ethylsuccinate (tableta oral)	G	4	
Erythromycin (tableta oral de liberación retardada)	G	4	
Quinolonas			
Ciprofloxacin HCl (100mg tableta oral de liberación inmediata)	G	4	
Ciprofloxacin HCl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Ciprofloxacin in D5W (200mg/100ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
Levofloxacin in D5W (500mg/100ml solución para inyección intravenosa, 750mg/150ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
Levofloxacin (25mg/ml solución para inyección intravenosa)	G	4	
Levofloxacin (25mg/ml solución oral)	G	4	
Levofloxacin (250mg tableta oral, 500mg tableta oral, 750mg tableta oral)	G	1	♦

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Moxifloxacin HCl in NaCl (solución para inyección intravenosa)	G	4	
Moxifloxacin HCl (tableta oral)	G	3	
Ofloxacin (tableta oral)	G	3	
Sulfonamidas			
Sulfadiazine (tableta oral)	G	4	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (suspensión oral)	G	3	
Sulfamethoxazole-Trimethoprim (tableta oral)	G	2	
Tetraciclinas			
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	
Vibramycin (50mg/5ml jarabe oral)	B	4	
Antiepilépticos			
Antiepilépticos, otros			
BRIVIACT (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
BRIVIACT (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Epidiolex (solución oral)	B	5	PA; DL
Eprontia (solución oral)	B	4	
Felbamate (suspensión oral)	G	4	
Felbamate (tableta oral)	G	4	
Fintepla (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Fycompa (suspensión oral)	B	5	DL; QL

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Fycompa (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Fycompa (2mg tableta oral)	B	4	QL
Lamotrigine (100mg tableta oral de liberación inmediata, 150mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 25mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Lamotrigine (25mg tableta oral masticable, 5mg tableta oral masticable)	G	3	
Levetiracetam ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	
Levetiracetam (solución oral)	G	2	
Levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Roweepra (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Spritam ODT (tableta oral soluble de disolución inmediata)	B	4	
Topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata)	G	1	♦
Topiramate (tableta oral)	G	1	♦
Valproic Acid (cápsula oral)	G	2	
Valproic Acid (solución oral)	G	2	
Xcopri (250mg dosis diaria) (100mg y 150mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (350mg dosis diaria) (150mg y 200mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xcopri (14 x 12.5mg y 14 x 25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	4	PA; QL
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	5	PA; DL; QL
Modificadores del canal de calcio			
Celontin (cápsula oral)	B	4	
Ethosuximide (cápsula oral)	G	3	
Ethosuximide (solución oral)	G	3	
Intensificadores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)			
Clobazam (suspensión oral)	G	4	PA; QL
Clobazam (tableta oral)	G	4	PA; QL
Diacomit (cápsula oral)	B	5	DL; QL
Diacomit (paquete oral)	B	5	DL; QL

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

◆ 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
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
Vimpat (solución oral)	B	4	QL
Vimpat (tableta oral)	B	4	QL
Zonisamide (cápsula oral)	G	2	
Antidemenciales			
Antidemenciales, otros			
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	3	PA; QL
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	PA; QL
Inhibidores de la colinesterasa			
Donepezil HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Donepezil HCl ODT (tableta oral dispersable)	G	2	QL
Galantamine Hydrobromide ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Galantamine Hydrobromide (solución oral)	G	4	QL
Galantamine Hydrobromide (tableta oral)	G	4	QL
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral)	G	3	QL
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)	G	4	ST; QL
Antagonistas de los receptores de N-Metil-D-Aspartato (NMDA)			
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	PA; QL
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	G	4	PA; QL
Memantine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	PA; QL
Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)	B	3	PA; QL
Antidepresivos			
Antidepresivos, otros			
Bupropion HCl SR (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	2	
Bupropion HCl XL (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Bupropion HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Mirtazapine (tableta oral)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mirtazapine ODT (tableta oral dispersable)	G	2	
Inhibidores de la Monoaminoxidasa			
Emsam (parche transdérmico 24 horas)	B	5	DL; QL
Marplan (tableta oral)	B	4	
Phenelzine Sulfate (tableta oral)	G	3	
Tranylcypromine Sulfate (tableta oral)	G	4	
SSRI/SNRI (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)			
Citalopram Hydrobromide (cápsula oral)	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	♦
Fetzima (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	4	ST; QL
Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	4	ST; QL
Fluoxetine HCl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata)	G	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	
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	
Trintellix (tableta oral)	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
Venlafaxine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Venlafaxine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	
Viibryd (tableta oral)	B	4	QL
Viibryd Starter Pack (kit oral)	B	4	QL
Vilazodone HCl (tableta oral)	G	4	QL
Tricíclicos			
Amitriptyline HCl (tableta oral)	G	4	
Amoxapine (tableta oral)	G	3	
Clomipramine HCl (cápsula oral)	G	4	
Desipramine HCl (tableta oral)	G	3	
Doxepin HCl (cápsula oral)	G	3	
Doxepin HCl (concentrado oral)	G	3	
Imipramine HCl (tableta oral)	G	4	
Imipramine Pamoate (cápsula oral)	G	4	
Nortriptyline HCl (cápsula oral)	G	2	
Nortriptyline HCl (solución oral)	G	2	
Protriptyline HCl (tableta oral)	G	4	
Trimipramine Maleate (cápsula oral)	G	4	
Antieméticos			
Antieméticos, otros			
Compro (supositorio rectal)	G	4	
Meclizine HCl (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	G	2	
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Metoclopramide HCl (tableta oral)	G	1	♦
Perphenazine (tableta oral)	G	4	
Prochlorperazine Maleate (tableta oral)	G	2	
Prochlorperazine (supositorio rectal)	G	4	
Promethazine HCl (jarabe oral)	G	3	
Promethazine HCl (tableta oral)	G	3	
Promethazine HCl (supositorio rectal)	G	4	QL
Promethegan (25mg supositorio rectal)	G	4	QL
Scopolamine (parche transdérmico 72 horas)	G	4	
Medicamentos complementarios para la terapia emetogénica			
Anzemet (tableta oral)	B	4	B/D,PA
Aprepitant (paquete de tratamiento oral, cápsula oral)	G	4	PA; QL
Dronabinol (cápsula oral)	G	4	PA

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Sancuso (parche transdérmico)	B	5	DL; QL
Antimicóticos			
Antimicóticos			
Abelcet (suspensión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
AmBisome (suspensión reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	B/D,PA; DL
Amphotericin B (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Clotrimazole (pastilla para la boca/garganta)	G	2	
Fluconazole in Sodium Chloride (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 Ultramicrosize (tableta oral)	G	4	
Itraconazole (cápsula oral)	G	4	PA; QL
Itraconazole (solución oral)	G	5	PA; DL
Ketoconazole (tableta oral)	G	2	
Micafungin Sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)	G	4	
Miconazole 3 (supositorio vaginal)	G	3	
Noxafil (suspensión oral)	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

◆ 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
Voriconazole (suspensión oral reconstituida)	G	5	DL; QL
Voriconazole (tableta oral)	G	4	QL
Antigotosos			
Antigotosos			
Allopurinol (tableta oral)	G	1	♦
Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)	B	3	QL
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico)	G	3	QL
Febuxostat (tableta oral)	G	3	ST
Probenecid (tableta oral)	G	3	
Probenecid-Colchicine (tableta oral)	G	3	
Antimigrañosos			
Casos agudos			
Naratriptan HCl (tableta oral)	G	3	QL
Nurtec ODT (tableta oral dispersable)	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
Alcaloides de ergotamina			
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	G	5	PA; DL; QL
Ergotamine-Caffeine (tableta oral)	G	3	
Migergot (supositorio rectal)	G	5	DL
Profilácticos			
Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA; QL
Timolol Maleate (tableta oral)	G	3	

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

- ◆ 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
Nilutamide (tableta oral)	G	5	DL
Nubeqa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xtandi (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Xtandi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiangiogénicos			
Fotivda (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Lenalidomide (10mg cápsula oral, 15mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 5mg cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Pomalyst (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Qinlock (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Revlimid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tabrecta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Thalomid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiestrógenos/modificadores			
Emcyt (cápsula oral)	B	4	
Soltamox (solución oral)	B	5	DL
Tamoxifen Citrate (tableta oral)	G	2	
Toremifene Citrate (tableta oral)	G	5	DL
Antimetabólicos			
Droxia (cápsula oral)	B	4	
Hydroxyurea (cápsula oral)	G	2	
Mercaptopurine (tableta oral)	G	3	
Onureg (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Purixan (suspensión oral)	B	5	PA; DL
Tabloid (tableta oral)	B	4	PA
Antineoplásicos, otros			
IDHIFA (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lonsurf (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lumakras (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ninlaro (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Pemazyre (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Retevmo (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Synribo (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Tazverik (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Zolinza (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Inhibidores de la aromatasas, 3.^a generación			
Anastrozole (tableta oral)	G	1	♦
Exemestane (tableta oral)	G	4	
Letrozole (tableta oral)	G	2	
Inhibidores de la diana molecular			
Alecensa (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Alunbrig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Ayvakit (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Balversa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Bosulif (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Braftovi (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Brukinsa (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Cabometyx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Calquence (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Caprelsa (tableta oral)	B	5	PA; DL
Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL

♦ 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
Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL
Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)	B	5	PA; DL; QL
Copiktra (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Cotellic (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Daurismo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Erivedge (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Erlotinib HCl (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Everolimus (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
Exkivity (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Gavreto (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Gilotrif (tableta oral)	B	5	PA; DL
Ibrance (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ibrance (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Iclusig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Imbruvica (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Imbruvica (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inlyta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inqovi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Inrebic (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Iressa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Jakafi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (200mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (400mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali (600mg dosis) (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Koselugo (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Lapatinib Ditosylate (tableta oral)	G	5	PA; DL
Lenvima 10mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 12mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Lenvima 14mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 18mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 20mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 24mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 4mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lenvima 8mg Daily Dose (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL
Lorbrena (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Lynparza (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Mekinist (tableta oral)	B	5	PA; DL
Mektovi (tableta oral)	B	5	PA; DL
Nerlynx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Odomzo (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Rozlytrek (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Rubraca (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Rydapt (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Scemblix (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Sorafenib Tosylate (tableta oral)	G	5	PA; DL
Sprycel (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Stivarga (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Sunitinib Malate (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Tafinlar (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Tagrisso (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Talzenna (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tasigna (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Tepmetko (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Tibsovo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL

◆ 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
Turalio (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Venclexta (100mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Venclexta (10mg tableta oral)	B	3	PA; QL
Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Verzenio (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Vittrakvi (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Vittrakvi (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Vizimpro (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Votrient (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Welireg (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Xalkori (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Xospata (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Zejula (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Zelboraf (tableta oral)	B	5	PA; DL
Zydelig (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Zykadia (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Retinoides			
Bexarotene (gel para uso externo)	G	5	PA; DL; QL
Bexarotene (cápsula oral)	G	5	PA; DL
Panretin (gel para uso externo)	B	5	PA; DL
Tretinoin (cápsula oral)	G	5	DL
Medicamentos complementarios para el tratamiento			
Leucovorin Calcium (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	3	
Leucovorin Calcium (25mg tableta oral)	G	4	
Mesnex (tableta oral)	B	4	
Antiparasitarios			
Antihelmínticos			
Albendazole (tableta oral)	G	4	QL
Ivermectin (tableta oral)	G	3	PA
Praziquantel (tableta oral)	G	4	
Antiprotozoarios			
Atovaquone (suspensión oral)	G	5	DL; QL
Atovaquone-Proguanil HCl (tableta oral)	G	3	
Benznidazole (tableta oral)	B	4	
Chloroquine Phosphate (tableta oral)	G	4	QL
Coartem (tableta oral)	B	4	
Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral)	G	2	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Impavido (cápsula oral)	B	5	DL
Mefloquine HCl (tableta oral)	G	2	
Nitazoxanide (tableta oral)	G	5	DL
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inhalación)	G	4	B/D,PA; QL
Pentamidine Isethionate (solución reconstituida para inyección)	G	4	
Primaquine Phosphate (tableta oral)	G	4	
Pyrimethamine (tableta oral)	G	5	DL
Quinine Sulfate (cápsula oral)	G	4	PA
Antiparkinsonianos			
Anticolinérgicos			
Benzotropine Mesylate (tableta oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (solución oral)	G	2	
Trihexyphenidyl HCl (tableta oral)	G	2	
Antiparkinsonianos, otros			
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
Agonistas dopaminérgicos			
Apomorphine HCl (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
Bromocriptine Mesylate (cápsula oral)	G	3	
Bromocriptine Mesylate (tableta oral)	G	3	
Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)	B	5	PA; DL; QL
Neupro (parche transdérmico 24 horas)	B	4	
Pramipexole Dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Ropinirole HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Precusores de la dopamina o inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos			
Carbidopa (tableta oral)	G	4	
Carbidopa-Levodopa ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	♦

♦ 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
Carbidopa-Levodopa (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Carbidopa-Levodopa ODT (tableta oral dispersable)	G	2	
Rytary (cápsula oral de liberación prolongada)	B	4	ST
Inhibidores de la Monoaminoxidasa B (MAO-B)			
Rasagiline Mesylate (tableta oral)	G	4	
Selegiline HCl (cápsula oral)	G	3	
Selegiline HCl (tableta oral)	G	3	
Zelapar ODT (tableta oral dispersable)	B	5	DL
Antipsicóticos			
1.ª generación/típicos			
Chlorpromazine HCl (concentrado oral)	G	4	
Chlorpromazine HCl (tableta oral)	G	4	
Fluphenazine Decanoate (solución para inyección)	G	4	
Fluphenazine HCl (2.5mg/ml solución para inyección)	G	4	
Fluphenazine HCl (5mg/ml concentrado oral)	G	3	
Fluphenazine HCl (2.5mg/5ml tónico oral)	G	4	
Fluphenazine HCl (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Haloperidol Decanoate (solución para inyección intramuscular)	G	4	
Haloperidol Lactate (solución para inyección)	G	4	
Haloperidol Lactate (concentrado oral)	G	2	
Haloperidol (tableta oral)	G	2	
Loxapine Succinate (cápsula oral)	G	2	
Molindone HCl (tableta oral)	G	4	
Pimozide (tableta oral)	G	4	
Thioridazine HCl (tableta oral)	G	3	
Thiothixene (cápsula oral)	G	3	
Trifluoperazine HCl (tableta oral)	G	3	
2.ª generación/atípicos			
Abilify Maintena (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Abilify Maintena (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	G	4	QL
Aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Aripiprazole ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable)	G	5	DL; QL
Aristada Inicio (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Aristada (jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Asenapine Maleate (tableta sublingual)	G	4	QL
Caplyta (42mg cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	5	ST; DL; QL
Fanapt Titration Pack (tableta oral)	B	4	ST; QL
Invega Hafyera (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	5	DL
Invega Sustenna (117mg/0.75ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 156mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 234mg/1.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular, 78mg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	5	DL
Invega Sustenna (39mg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	4	
Invega Trinza (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	5	DL
Latuda (tableta oral)	B	5	DL; QL
Lybalvi (tableta oral)	B	5	ST; DL; QL
Nuplazid (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Nuplazid (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Olanzapine (10mg solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	4	
Olanzapine (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	2	QL
Olanzapine ODT (10mg tableta oral dispersable, 15mg tableta oral dispersable, 20mg tableta oral dispersable, 5mg tableta oral dispersable)	G	4	QL
Paliperidone ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL

◆ 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
Perseris (jeringa precargada para inyección subcutánea)	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
Rexulti (tableta oral)	B	5	DL; QL
Risperdal Consta (12.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 25mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	4	
Risperdal Consta (37.5mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular, 50mg suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)	B	5	DL
Risperidone (1mg/ml solución oral)	G	4	
Risperidone (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 3mg tableta oral, 4mg tableta oral)	G	2	
Risperidone ODT (0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable, 3mg tableta oral dispersable, 4mg tableta oral dispersable)	G	4	
Secuado (parche transdérmico 24 horas)	B	5	ST; DL; QL
Vraylar (1.5mg cápsula oral, 3mg cápsula oral, 4.5mg cápsula oral, 6mg cápsula oral)	B	5	ST; DL; QL
Vraylar (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	4	ST; QL
Ziprasidone HCl (cápsula oral)	G	3	QL
Ziprasidone Mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular)	G	4	
Zyprexa Relprevv (210mg suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	5	DL
Resistentes al tratamiento			
Clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	3	
Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable, 12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable)	G	4	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Versacloz (suspensión oral)	B	5	DL
Antiespasmódicos			
Antiespasmódicos			
Baclofen (tableta oral)	G	2	
Dantrolene Sodium (cápsula oral)	G	4	
Tizanidine HCl (tableta oral)	G	2	
Antivirales			
Anticitomegalovirus (CMV)			
Prevymis (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida)	G	5	DL; QL
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral)	G	3	QL
Zirgan (gel oftálmico)	B	4	
Antihepatitis B (HBV)			
Adefovir Dipivoxil (tableta oral)	G	4	
Baraclude (solución oral)	B	5	DL
Entecavir (tableta oral)	G	4	
Epivir HBV (solución oral)	B	4	
Lamivudine (100mg tableta oral)	G	3	
Vemlidy (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antihepatitis C (HCV)			
Epclusa (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Epclusa (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Mavyret (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Mavyret (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ribavirin (tableta oral)	G	3	
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Sovaldi (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Sovaldi (400mg tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Vosevi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiherpéticos			
Acyclovir (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Acyclovir (cápsula oral)	G	2	
Acyclovir (suspensión oral)	G	3	
Acyclovir (tableta oral)	G	1	♦

♦ 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
Acyclovir Sodium (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Famciclovir (tableta oral)	G	3	QL
Valacyclovir HCl (tableta oral)	G	3	QL
Antirretrovirales, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)			
Biktarvy (tableta oral)	B	5	DL; QL
Dovato (tableta oral)	B	5	DL; QL
Genvoya (tableta oral)	B	5	DL; QL
ISENTRESS HD (tableta oral)	B	5	DL; QL
ISENTRESS (paquete oral)	B	4	QL
ISENTRESS (tableta oral)	B	5	DL; QL
ISENTRESS (100mg tableta oral masticable)	B	4	QL
ISENTRESS (25mg tableta oral masticable)	B	3	QL
Juluca (tableta oral)	B	5	DL; QL
Stribild (tableta oral)	B	5	DL; QL
Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	4	QL
Tivicay (50mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Tivicay PD (tableta oral soluble)	B	5	DL; QL
Antirretrovirales, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (NNRTI)			
Complera (tableta oral)	B	5	DL; QL
Delstrigo (tableta oral)	B	5	DL; QL
Edurant (tableta oral)	B	5	DL; QL
Efavirenz (cápsula oral)	G	4	QL
Efavirenz (tableta oral)	G	4	QL
Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral)	G	5	DL; QL
Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir (tableta oral)	G	5	DL; QL
Etravirine (tableta oral)	G	5	DL; QL
Intelence (25mg tableta oral)	B	4	QL
Nevirapine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	QL
Nevirapine (suspensión oral)	G	4	QL
Nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	QL
Pifeltro (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antirretrovirales, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (NRTI)			
Abacavir Sulfate (solución oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate (tableta oral)	G	4	QL
Abacavir Sulfate-Lamivudine (tableta oral)	G	4	QL
Cimduo (tableta oral)	B	5	DL; QL
Descovy (200-25mg tableta oral)	B	5	DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Emtriva (solución oral)	B	4	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	G	3	QL
Lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)	G	3	QL
Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	4	QL
Odefsey (tableta oral)	B	5	DL; QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	4	QL
Triumeq (tableta oral)	B	5	DL; QL
Triumeq PD (tableta oral soluble)	B	5	DL; QL
Trizivir (tableta oral)	B	5	DL; QL
Viread (polvo oral)	B	5	DL; QL
Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Zidovudine (cápsula oral)	G	3	QL
Zidovudine (jarabe oral)	G	3	QL
Zidovudine (tableta oral)	G	3	QL
Antirretrovirales, otros			
Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	DL; QL
Maraviroc (tableta oral)	G	5	DL; QL
Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	5	DL; QL
Selzentry (solución oral)	B	5	DL; QL
Selzentry (25mg tableta oral)	B	3	QL
Selzentry (75mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Tybost (tableta oral)	B	4	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la proteasa			
Aptivus (cápsula oral)	B	5	DL; QL
Atazanavir Sulfate (cápsula oral)	G	4	QL
Evotaz (tableta oral)	B	5	DL; QL
Fosamprenavir Calcium (tableta oral)	G	5	DL; QL
Lexiva (suspensión oral)	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
Lopinavir-Ritonavir (solución oral)	G	4	QL
Lopinavir-Ritonavir (tableta oral)	G	4	QL
Norvir (paquete oral)	B	4	QL
Norvir (solución oral)	B	4	QL
Prezcobix (tableta oral)	B	5	DL; QL
Prezista (suspensión oral)	B	5	DL; QL
Prezista (150mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	B	5	DL; QL
Prezista (75mg tableta oral)	B	4	QL
Reyataz (paquete oral)	B	5	DL; QL
Ritonavir (tableta oral)	G	3	QL
Symtuza (tableta oral)	B	5	DL; QL
Viracept (tableta oral)	B	5	DL; QL
Antigripales			
Oseltamivir Phosphate (cápsula oral)	G	3	QL
Oseltamivir Phosphate (suspensión oral reconstituida)	G	3	QL
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Rimantadine HCl (tableta oral)	G	4	
Xofluza (40mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	3	QL
Xofluza (80mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	3	QL
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, otros			
Bupirone HCl (tableta oral)	G	2	
Hydroxyzine HCl (jarabe oral)	G	3	
Hydroxyzine HCl (tableta oral)	G	3	
Hydroxyzine Pamoate (cápsula oral)	G	3	
Benzodiazepinas			
Alprazolam (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Chlordiazepoxide HCl (cápsula oral)	G	2	
Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	G	2	QL
Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable, 2mg tableta oral dispersable)	G	4	QL
Clorazepate Dipotassium (tableta oral)	G	3	QL
Diazepam Intensol (concentrado oral)	G	2	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diazepam (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	QL
Lorazepam Intensol (concentrado oral)	G	2	QL
Lorazepam (tableta oral)	G	1	QL ♦
Bipolares			
Estabilizadores del estado de ánimo			
Divalproex Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Divalproex Sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	G	2	
Divalproex Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
Lithium Carbonate ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Lithium Carbonate (cápsula oral)	G	2	
Lithium Carbonate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Reguladores de la glucemia			
Antidiabéticos			
Acarbose (tableta oral)	G	1	QL ♦
Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL
Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL
Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL
Cycloset (tableta oral)	B	4	PA; QL
Farxiga (tableta oral)	B	3	QL
Glimepiride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Glipizide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Glipizide (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Glipizide-Metformin HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Glyxambi (tableta oral)	B	3	QL
Janumet (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Janumet XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Januvia (tableta oral)	B	3	QL

♦ 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
Jardiance (tableta oral)	B	3	QL
Jentaducto (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Jentaducto XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Metformin HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	1	QL ♦
Metformin HCl (solución oral)	G	1	QL ♦
Metformin HCl (1000mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 850mg tableta oral de liberación inmediata)	G	1	QL ♦
Migliitol (tableta oral)	G	4	QL
Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Nateglinide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (2mg/1.5ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Pioglitazone HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pioglitazone HCl-Glimepiride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pioglitazone HCl-Metformin HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Repaglinide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Rybelsus (tableta oral)	B	3	QL
Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP; QL
SymlinPen 120 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
SymlinPen 60 (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata)	B	3	QL
Synjardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Tradjenta (tableta oral)	B	3	QL
Trijardy XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	QL
Xigduo XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL
Glucemia			
Baqsimi One Pack (polvo nasal)	B	3	
Diazoxide (suspensión oral)	G	4	
GlucaGen HypoKit (solución reconstituida para inyección)	B	4	
Glucagon (kit para inyección) (Lilly)	G	3	
Gvoke HypoPen 2-Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	
Gvoke Kit (solución para inyección subcutánea)	B	3	
Gvoke PFS (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	
Insulina			
Humalog (solución para inyección)	B	3	ISSP
Humalog Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 50/50 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 50/50 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 75/25 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog Mix 75/25 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humalog (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin 70/30 KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin 70/30 (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin N KwikPen (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin N (suspensión para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin R (solución para inyección)	B	3	ISSP

◆ 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
Humulin R U-500 (concentrado) (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Humulin R U-500 KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Insulin Lispro (indicador de 1 unidad) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro (solución para inyección) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro Junior KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Insulin Lispro Prot & Lispro (pluma precargada con suspensión para inyección subcutánea) (equivalente a la marca Humalog)	B	3	ISSP
Lantus SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Lantus (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Levemir FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Levemir (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Lyumjev (solución para inyección)	B	3	ISSP
Lyumjev KwikPen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Toujeo Max SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Toujeo SoloStar (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Tresiba FlexTouch (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Tresiba (solución para inyección subcutánea)	B	3	ISSP
Hemoderivados y modificadores			
Anticoagulantes			
Eliquis (tableta oral)	B	3	QL
Eliquis Starter Pack (tableta oral)	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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Heparin Sodium (10000 unidades/ml solución para inyección, 20000 unidades/ml solución para inyección, 5000 unidades/ml solución para inyección)	G	3	
Heparin Sodium (1000 unidades/ml solución para inyección)	G	3	B/D,PA
Jantoven (tableta oral)	G	1	♦
Warfarin Sodium (tableta oral)	G	1	♦
Xarelto (tableta oral)	B	3	QL
Xarelto Starter Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	3	QL
Hemoderivados y modificadores, otros			
Anagrelide HCl (cápsula oral)	G	3	
Aranesp (Albumin Free) (100mcg/ml solución para inyección, 200mcg/ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Aranesp (Albumin Free) (25mcg/ml solución para inyección, 40mcg/ml solución para inyección, 60mcg/ml solución para inyección)	B	4	PA
Aranesp (Albumin Free) (100mcg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección, 150mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección, 200mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 300mcg/0.6ml jeringa precargada con solución para inyección, 500mcg/ml jeringa precargada con solución para inyección, 60mcg/0.3ml jeringa precargada con solución para inyección)	B	5	PA; DL
Aranesp (Albumin Free) (10mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección, 25mcg/0.42ml jeringa precargada con solución para inyección, 40mcg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección)	B	4	PA
Leukine (solución reconstituida para inyección)	B	5	PA; DL
Neulasta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Procrit (10000 unidades/ml solución para inyección, 2000 unidades/ml solución para inyección, 3000 unidades/ml solución para inyección, 4000 unidades/ml solución para inyección)	B	4	PA

♦ 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
Procrit (20000 unidades/ml solución para inyección, 40000 unidades/ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Promacta (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Promacta (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Pyrukynd (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Pyrukynd Taper Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Retacrit (solución para inyección)	B	4	PA
Zarxio (jeringa precargada con solución para inyección)	B	5	DL
Ziextenzo (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Hemostasis			
Tranexamic Acid (tableta oral)	G	3	
Modificadores de plaquetas			
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Brilinta (tableta oral)	B	3	QL
Cablivi (kit para inyección)	B	5	PA; DL; QL
Cilostazol (tableta oral)	G	2	
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral)	G	1	QL ♦
Prasugrel HCl (tableta oral)	G	3	QL
Agentes cardiovasculares			
Agonistas alfaadrenérgicos			
Clonidine HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Clonidine (parche transdérmico semanal)	G	4	
Droxidopa (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	
Bloqueantes alfaadrenérgicos			
Doxazosin Mesylate (tableta oral)	G	1	♦
Phenoxybenzamine HCl (cápsula oral)	G	5	DL
Prazosin HCl (cápsula oral)	G	2	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II			
Candesartan Cilexetil (tableta oral)	G	1	QL ♦
Edarbi (tableta oral)	B	4	QL
Irbesartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Losartan Potassium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Olmesartan Medoxomil (tableta oral)	G	1	QL ♦

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Telmisartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Valsartan (tableta oral)	G	1	QL ♦
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)			
Benazepril HCl (tableta oral)	G	1	QL ♦
Captopril (tableta oral)	G	1	QL ♦
Enalapril Maleate (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 ♦
Antiarrítmicos			
Amiodarone HCl (200mg tableta oral)	G	1	♦
Dofetilide (cápsula oral)	G	3	QL
Flecainide Acetate (tableta oral)	G	2	
Mexiletine HCl (cápsula oral)	G	3	
Multaq (tableta oral)	B	3	QL
Pacerone (200mg tableta oral)	G	1	♦
Propafenone HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Propafenone HCl (tableta oral)	G	2	
Quinidine Gluconate ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	4	
Quinidine Sulfate (tableta oral)	G	2	
Sorine (tableta oral)	G	2	
Sotalol HCl AF (tableta oral)	G	2	
Sotalol HCl (tableta oral)	G	2	
Bloqueantes betaadrenérgicos			
Acebutolol HCl (cápsula oral)	G	2	
Atenolol (tableta oral)	G	1	♦
Betaxolol HCl (tableta oral)	G	3	
Bisoprolol Fumarate (tableta oral)	G	2	
Carvedilol (tableta oral)	G	1	♦

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6-7.

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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Dilt-XR (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Matzim LA (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Taztia XT (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Tiadylt ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Verapamil HCl ER (100mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 200mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	
Verapamil HCl ER (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	3	
Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Verapamil HCl (tableta oral de liberación inmediata)	G	1	♦
Agentes cardiovasculares, otros			
Acetazolamide ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	4	
Acetazolamide (tableta oral)	G	3	
Aliskiren Fumarate (tableta oral)	G	1	QL ♦
Amloride-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 ♦
Corlanor (solución oral)	B	4	PA; QL
Corlanor (tableta oral)	B	4	PA; QL
Demser (cápsula oral)	B	5	DL
Digitek (tableta oral)	G	2	

♦ 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
Digoxin (solución oral)	G	3	
Digoxin (125mcg tableta oral, 250mcg tableta oral)	G	2	
Digoxin (62.5mcg tableta oral)	G	4	
Edarbyclor (tableta oral)	B	4	QL
Enalapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Entresto (tableta oral)	B	3	QL
Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Isosorbide Dinitrate-Hydralazine (tableta oral)	G	3	QL
Kerendia (tableta oral)	B	4	PA; QL
Lanoxin (tableta oral)	B	4	
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Losartan Potassium-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Metoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	2	
Metyrosine (cápsula oral)	G	5	DL
Olmesartan Medoxomil-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pentoxifylline ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Quinapril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Spirolactone-HCTZ (tableta oral)	G	2	
Telmisartan-Amlodipine (tableta oral)	G	1	QL ♦
Telmisartan-HCTZ (tableta oral)	G	1	QL ♦
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	1	QL ♦
Triamterene-HCTZ (cápsula oral)	G	1	♦
Triamterene-HCTZ (tableta oral)	G	1	♦
Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	QL ♦
Diuréticos de asa			
Bumetanide (solución para inyección)	G	4	
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	
Diuréticos ahorradores de potasio			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Amiloride HCl (tableta oral)	G	2	
Eplerenone (tableta oral)	G	3	
Spirolactone (tableta oral)	G	1	♦
Triamterene (cápsula oral)	G	4	
Diuréticos tiazidas			
Chlorthalidone (tableta oral)	G	2	
Diuril (suspensión oral)	B	4	
Hydrochlorothiazide (cápsula oral)	G	1	♦
Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	1	♦
Indapamide (tableta oral)	G	1	♦
Metolazone (tableta oral)	G	1	♦
Dislipídicos, derivados del ácido fólico			
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	
Dislipídicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa			
Atorvastatin Calcium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Fluvastatin Sodium ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	1	QL ♦
Fluvastatin Sodium (cápsula oral)	G	1	QL ♦
Livalo (tableta oral)	B	3	QL
Lovastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Pravastatin Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Rosuvastatin Calcium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Simvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Dislipídicos, otros			
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	

♦ 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
Ezetimibe (tableta oral)	G	1	QL ♦
Ezetimibe-Simvastatin (tableta oral)	G	1	QL ♦
Icosapent Ethyl (1g cápsula oral)	G	4	
Juxtapid (cápsula oral)	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
Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Prevalite (paquete oral)	G	4	
Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	3	PA; QL
Vascepa (cápsula oral)	B	4	
Vasodilatadores arteriales de acción directa			
Hydralazine HCl (tableta oral)	G	1	♦
Minoxidil (tableta oral)	G	2	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa			
Isosorbide Dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Isosorbide Mononitrate ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	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	
Nitrostat (tableta sublingual)	B	3	
Rectiv (ungüento rectal)	B	4	QL
Agentes del sistema nervioso central			
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Vyvanse (cápsula oral)	B	4	
Vyvanse (tableta oral masticable)	B	4	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas			
Atomoxetine HCl (cápsula oral)	G	4	QL
Clonidine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	PA
Dexmethylphenidate HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Dexmethylphenidate HCl (tableta oral)	G	3	QL
Guanfacine HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	4	
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta oral de liberación prolongada, 20mg tableta oral de liberación prolongada)	G	4	QL
Methylphenidate HCl (solución oral)	G	4	QL
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	G	3	QL
Agentes del sistema nervioso central, otros			
Austedo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ingrezza (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Nuedexta (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Riluzole (tableta oral)	G	3	
Tetrabenazine (12.5mg tableta oral)	G	4	PA; QL
Tetrabenazine (25mg tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Agentes para la fibromialgia			
Drizalma Sprinkle (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	4	ST; QL
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

- ◆ 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
Pregabalin (solución oral)	G	3	QL
Savella (tableta oral)	B	3	
Savella Titration Pack (tableta oral)	B	3	
Agentes para la esclerosis múltiple			
Aubagio (tableta oral)	B	5	DL; QL
Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)	B	5	DL; QL
Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	5	DL; QL
Betaseron (kit para inyección subcutánea)	B	5	DL; QL
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	3	QL
Dimethyl Fumarate (cápsula oral de liberación retardada)	G	5	DL; QL
Dimethyl Fumarate Starter Pack (cápsula oral)	G	5	DL; QL
Gilenya (0.5mg cápsula oral)	B	5	DL; QL
Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	5	DL; QL
Glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	5	DL; QL
Mayzent (tableta oral)	B	5	DL; QL
Mayzent Starter Pack (7 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	4	QL
Mayzent Starter Pack (12 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	DL; QL
Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	ST; DL; QL
Vumerity (cápsula oral de liberación retardada) (frasco con dosis de mantenimiento)	B	5	ST; DL; QL
Agentes dentales y bucales			
Agentes dentales y bucales			
Chlorhexidine Gluconate (solución bucal)	G	1	♦
Periogard (solución bucal)	G	1	♦
Pilocarpine HCl (tableta oral)	G	4	
Triamcinolone Acetonide (pasta dental)	G	3	
Agentes dermatológicos			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Agentes para el acné y la rosácea			
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	
Finacea (espuma para uso externo)	B	4	QL
Isotretinoin (cápsula oral)	G	4	PA
Mirvaso (gel para uso externo)	B	4	
Myorisan (cápsula oral)	G	4	PA
Neuac (gel para uso externo)	G	4	
Tazarotene (crema para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin (crema para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin (0.01% gel para uso externo, 0.025% gel para uso externo)	G	4	PA
Tretinoin Microsphere (gel para uso externo)	G	4	PA
Zenatane (cápsula oral)	G	4	PA
Agentes para la dermatitis y el prurito			
Ala-Cort (crema para uso externo)	G	2	
Alclometasone Dipropionate (crema para uso externo)	G	3	
Alclometasone Dipropionate (ungüento para uso externo)	G	3	
Ammonium Lactate (crema para uso externo)	G	3	
Ammonium Lactate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (crema para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (gel para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate Aug (loción para uso externo)	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
Betamethasone Dipropionate Aug (ungüento para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (crema para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Dipropionate (ungüento para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (crema para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (loción para uso externo)	G	3	
Betamethasone Valerate (ungüento para uso externo)	G	3	
Clobetasol Propionate Emollient Base (crema para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (crema para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (gel para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (ungüento para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (champú para uso externo)	G	4	
Clobetasol Propionate (solución para uso externo)	G	3	
Clodan (champú para uso externo)	G	4	
Cordran (cinta para uso externo)	B	4	
Desonide (ungüento para uso externo)	G	4	QL
Desoximetasone (crema para uso externo)	G	4	QL
Doxepin HCl (crema para uso externo)	G	4	PA; QL
Fluocinolone Acetonide (crema para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide (ungüento para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide (solución para uso externo)	G	3	
Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite para uso externo)	G	4	
Fluocinonide Emulsified Base (crema para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (0.05% crema para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (gel para uso externo)	G	3	QL
Fluocinonide (ungüento para uso externo)	G	3	QL
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	

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

◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6-7.

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Silver Sulfadiazine (crema para uso externo)	G	3	
SSD (crema para uso externo)	B	3	
Pediculicidas/escabicidas			
Crotan (loción para uso externo)	G	4	
Malathion (loción para uso externo)	G	4	
Permethrin (crema para uso externo)	G	3	
Antiinfecciosos tópicos			
Ciclopirox (gel para uso externo)	G	3	
Ciclopirox (champú para uso externo)	G	3	
Ciclopirox (solución para uso externo)	G	3	
Ciclopirox Olamine (crema para uso externo)	G	3	
Ciclopirox Olamine (suspensión para uso externo)	G	3	
Clindacin 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	
Erythromycin (solución para uso externo)	G	2	
Gentamicin Sulfate (crema para uso externo)	G	3	
Gentamicin Sulfate (ungüento para uso externo)	G	3	
Jublia (solución para uso externo)	B	4	
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	2	QL
Ketoconazole (champú para uso externo)	G	2	
Mentax (crema para uso externo)	B	4	
Mupirocin Calcium (crema para uso externo)	G	4	
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	2	QL
Naftifine HCl (crema para uso externo)	G	4	
Naftin (2% gel para uso externo)	B	4	
Nyamyc (polvo para uso externo)	G	2	QL
Nystatin (crema para uso externo)	G	2	
Nystatin (ungüento para uso externo)	G	2	
Nystatin (polvo para uso externo)	G	2	QL
Nystop (polvo para uso externo)	G	2	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Sulfamylon (crema para uso externo)	B	4	
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas			
Reemplazos de electrolitos/minerales			
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
Dextrose-NaCl (10-0.2% solución para inyección intravenosa, 10-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.2% solución para inyección intravenosa)	B	4	
Dextrose-NaCl (2.5-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.45% solución para inyección intravenosa)	G	4	
Dextrose-NaCl (5-0.9% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Intralipid (emulsión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Isolyte-P in D5W (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Isolyte-S pH 7.4 (solución para inyección intravenosa)	B	4	
KCl in Dextrose-NaCl (solución para inyección intravenosa)	B	4	
KCl-Lactated Ringers-D5W (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Klor-Con 10 (tableta oral de liberación prolongada)	B	2	
Klor-Con M10 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Klor-Con M15 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Klor-Con M20 (tableta oral de liberación prolongada)	G	2	
Klor-Con (paquete oral)	G	3	
Klor-Con 8 (tableta oral de liberación prolongada)	B	2	
Magnesium Sulfate (50% solución para inyección)	B	4	
Magnesium Sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección)	G	4	
Nutrilipid (emulsión para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Plasma-Lyte 148 (solución para inyección intravenosa)	B	4	
Plasma-Lyte A (solución para inyección intravenosa)	B	4	

- ◆ 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
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 Dextrose (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride in NaCl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Potassium Chloride in NaCl (20-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa, 40-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Potassium Chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 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	
Premasol (solución para inyección intravenosa)	G	4	B/D,PA
Prosol (solución para inyección intravenosa)	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
Sodium Chloride (5% solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Sodium Chloride (solución para irrigación)	B	3	
Sodium Fluoride (tableta oral)	G	1	♦
TPN Electrolytes (concentrado para inyección intravenosa)	B	4	
Travasol (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
TrophAmine (solución para inyección intravenosa)	B	4	B/D,PA
Modificadores de electrolitos/minerales/metales			
Chemet (cápsula oral)	B	5	DL
Deferasirox Granules (paquete oral)	G	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Deferasirox (tableta oral) (Jadenu genérico)	G	3	PA
Deferasirox (125mg tableta oral soluble) (Exjade genérico)	G	4	PA
Deferasirox (250mg tableta oral soluble, 500mg tableta oral soluble) (Exjade genérico)	G	5	PA; DL
Deferiprone (tableta oral)	G	5	PA; DL
Ferriprox (solución oral)	B	5	PA; DL
Trientine HCl (cápsula oral)	G	5	PA; DL; QL
Aglutinantes de fosfato			
Auryxia (tableta oral)	B	5	PA; DL
Calcium Acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral)	G	3	
Calcium Acetate (667mg tableta oral)	G	3	
Lanthanum Carbonate (tableta oral masticable)	G	5	DL
Phoslyra (solución oral)	B	3	
Sevelamer Carbonate (paquete oral)	G	5	DL
Sevelamer Carbonate (tableta oral) (Renvela genérico)	G	4	
Velphoro (tableta oral masticable)	B	5	DL
Aglutinantes de potasio			
Lokelma (paquete oral)	B	4	QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo oral)	G	3	
SPS (suspensión oral)	G	3	
Veltassa (paquete oral)	B	5	DL; QL
Vitaminas			
Prenatal (27-1mg tableta oral)	G	3	
Agentes gastrointestinales			
Agentes contra el estreñimiento			
Constulose (solución oral)	G	2	
Enulose (solución oral)	G	2	
Generlac (solución oral)	G	2	
Lactulose (10g/15ml solución oral)	G	2	
Linzess (cápsula oral)	B	3	QL
Lubiprostone (cápsula oral)	G	3	QL
Motegrity (tableta oral)	B	4	QL
Movantik (tableta oral)	B	3	QL
Relistor (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL

◆ 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
Relistor (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Trulance (tableta oral)	B	4	QL
Antidiarreicos			
Alosetron HCl (tableta oral)	G	5	PA; DL
Diphenoxylate-Atropine (líquido oral)	G	4	
Diphenoxylate-Atropine (tableta oral)	G	4	
Loperamide HCl (cápsula oral)	G	2	
Xermelo (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Antiespasmódicos, gastrointestinales			
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	
Agentes gastrointestinales, otros			
Chenodal (tableta oral)	G	5	PA; DL
Clenpiq (solución oral)	B	3	
Gattex (kit para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
GaviLyte-C (solución oral reconstituida)	G	2	
GaviLyte-G (solución oral reconstituida)	G	2	
Myalept (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Sodium Sulfate-Potassium Sulfate-Magnesium Sulfate (solución oral)	B	3	
Ocaliva (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
PEG-3350-NaCl-Na Bicarbonate-KCl (solución oral) (NuLYTELY genérico)	G	2	
PEG-3350-Electrolytes (solución oral) (GoLYTELY genérico)	G	2	
Suprep Bowel Prep Kit (solución oral)	B	3	
Ursodiol (300mg cápsula oral)	G	3	
Ursodiol (tableta oral)	G	4	
Antagonistas de los receptores de la Histamina2 (H2)			
Cimetidine HCl (solución oral)	G	3	
Cimetidine (tableta oral)	G	3	
Famotidine (suspensión oral reconstituida)	G	4	
Famotidine (20mg tableta oral, 40mg tableta oral)	G	2	
Nizatidine (cápsula oral)	G	3	
Protectores			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Misoprostol (tableta oral)	G	3	
Sucralfate (suspensión oral)	G	4	
Sucralfate (tableta oral)	G	2	
Inhibidores de la bomba de protones			
Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)	B	4	QL
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	
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento			
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento			
Aralast NP (1000mg solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Betaine (polvo oral)	G	5	DL
Cholbam (cápsula oral)	B	5	PA; DL
Creon (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	B	3	
Cromolyn Sodium (concentrado oral)	G	3	
Cystadane (polvo oral)	B	5	DL
Cystagon (cápsula oral)	B	4	
Glassia (solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Levocarnitine (1g/10ml solución oral)	G	3	
Levocarnitine (330mg tableta oral)	B	3	
Miglustat (cápsula oral)	G	5	PA; DL
Nitisinone (cápsula oral)	G	5	DL
Orfadin (20mg cápsula oral)	B	5	DL
Orfadin (suspensión oral)	B	5	DL

♦ 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
Procysbi (paquete oral)	B	5	DL
Prolastin-C (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
RAVICTI (líquido oral)	B	5	DL; QL
Revcovi (solución para inyección intramuscular)	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
Sucraid (solución oral)	B	5	DL
Tegsedi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Vyndamax (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Vyndaqel (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Zemaira (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Zenpep (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	B	3	
Agentes genitourinarios			
Antiespasmódicos, urinarios			
Myrbetriq (suspensión oral reconstituida de liberación prolongada)	B	3	
Myrbetriq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	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	
Agentes para la hipertrofia prostática benigna			
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	♦

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Terazosin HCl (cápsula oral)	G	1	♦
Agentes genitourinarios, otros			
Bethanechol Chloride (tableta oral)	G	2	
Elmiron (cápsula oral)	B	5	DL
Lithostat (tableta oral)	B	5	DL
Penicillamine (250mg cápsula oral)	G	5	PA; DL
Penicillamine (250mg tableta oral)	G	5	DL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)			
Dexamethasone (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	
Prednisone Intensol (concentrado oral)	G	2	
Prednisone (5mg/5ml solución oral)	G	2	
Prednisone (10mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 20mg tableta oral, 50mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	1	♦
Prednisone (10mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 10mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (21) tableta oral, paquete de tratamiento, 5mg (48) tableta oral, paquete de tratamiento)	G	1	♦
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)			
Desmopressin Acetate (tableta oral)	G	3	
Desmopressin Acetate Spray (solución nasal)	G	4	
Egrifta SV (2mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Genotropin MiniQuick (jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Genotropin (cartucho para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL

♦ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6-7.

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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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	
Duavee (tableta oral)	B	4	
Elestrin (gel transdérmico)	B	4	
EluRyng (anillo vaginal)	G	4	
Emoquette (tableta oral)	G	4	
Enpresse-28 (tableta oral)	G	4	
Enskyce (tableta oral)	G	4	
Estarylla (tableta oral)	G	4	
Estradiol (tableta oral)	G	1	♦
Estradiol (parche transdérmico semanal)	G	3	QL
Estradiol (crema vaginal)	G	3	
Estradiol (tableta vaginal)	G	4	QL
Estradiol Valerate (aceite para inyección intramuscular)	G	4	
Estring (anillo vaginal)	B	4	
Ethinodiol Diacetate-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Etonogestrel-Ethinyl Estradiol (anillo vaginal)	G	4	
Falmina (tableta oral)	G	4	
Femring (anillo vaginal)	B	4	
Femynor (tableta oral)	G	4	
Fyavolv (tableta oral)	G	4	
Hailey 24 Fe (tableta oral)	G	4	
Iclevia (tableta oral)	G	4	
Imvexy Maintenance Pack (óvulo vaginal)	B	3	PA; QL
Imvexy Starter Pack (óvulo vaginal)	B	3	PA; QL
Introvale (tableta oral)	G	4	
Isibloom (tableta oral)	G	4	
Jasmiel (tableta oral)	G	4	
Jinteli (tableta oral)	G	4	
Juleber (tableta oral)	G	4	
Junel 1.5/30 (tableta oral)	G	4	

♦ 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
Junel 1/20 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 1/20 (tableta oral)	G	4	
Junel Fe 24 (tableta oral)	G	4	
Kaitlib Fe (tableta oral masticable)	G	4	
Kariva (tableta oral)	G	4	
Kelnor 1/35 (tableta oral)	G	4	
Kelnor 1/50 (tableta oral)	G	4	
Kurvelo (tableta oral)	G	4	
LARIN 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
LARIN 1/20 (tableta oral)	G	4	
LARIN Fe 1.5/30 (tableta oral)	G	4	
LARIN Fe 1/20 (tableta oral)	G	4	
Larissia (tableta oral)	G	4	
Layolis Fe (tableta oral masticable)	B	4	
Leena (tableta oral)	G	4	
Lessina (tableta oral)	G	4	
Levonest (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol 91-Day (tableta oral)	G	4	
Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Levora 0.15/30 (28) (tableta oral)	G	4	
Loryna (tableta oral)	G	4	
Low-Ogestrel (tableta oral)	G	4	
Lutera (tableta oral)	G	4	
Marlissa (tableta oral)	G	4	
Menest (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	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (1-20mg-mcg tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe (0.4-35mg-mcg tableta oral masticable, 0.8-25mg-mcg tableta oral masticable, 1-20mg-mcg(24) tableta oral masticable)	G	4	
Norgestimate-Ethinyl Estradiol (tableta oral)	G	4	
Norgestimate-Ethinyl Estradiol Triphasic (tableta oral)	G	4	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 1/35 (21) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 1/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Nortrel 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Nylia 1/35 (tableta oral)	G	4	
Nylia 7/7/7 (tableta oral)	G	4	
Nymyo (tableta oral)	G	4	
Ocella (tableta oral)	G	4	
Pimtreea (tableta oral)	G	4	
Pirmella 1/35 (tableta oral)	G	4	
Portia-28 (tableta oral)	G	4	
Premarin (tableta oral)	B	4	QL
Premarin (crema vaginal)	B	3	
Premphase (tableta oral)	B	4	QL
Prempro (tableta oral)	B	4	QL
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	

◆ 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
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	
Yuvaferm (tableta vaginal)	G	4	QL
Zafemy (parche transdérmico semanal)	G	4	
Zovia 1/35 (28) (tableta oral)	G	4	
Progestinas			
Camila (tableta oral)	G	4	
Crinone (gel vaginal)	B	4	PA
Deblitane (tableta oral)	G	4	
Errin (tableta oral)	G	4	
Incassia (tableta oral)	G	4	
Lyleq (tableta oral)	G	4	
Lyza (tableta oral)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	G	4	
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Megestrol Acetate (40mg/ml suspensión oral)	G	3	
Megestrol Acetate (625mg/5ml suspensión oral)	G	4	
Megestrol Acetate (tableta oral)	G	3	
Nora-BE (tableta oral)	G	4	
Norethindrone Acetate (5mg tableta oral)	G	2	
Norethindrone (0.35mg tableta oral)	G	4	
Progesterone (cápsula oral)	G	2	
Sharobel (tableta oral)	G	4	
Agentes modificadores selectivos de los receptores de estrógeno			

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Osphena (tableta oral)	B	3	PA; QL
Raloxifene HCl (tableta oral)	G	2	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)			
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)			
Euthyrox (tableta oral)	B	3	
Levo-T (tableta oral)	B	3	
Levothyroxine Sodium (tableta oral)	G	1	♦
Levoxyl (tableta oral)	B	3	
Liothyronine Sodium (tableta oral)	G	2	
Synthroid (tableta oral)	B	3	
Unithroid (tableta oral)	B	3	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)			
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)			
Isturisa (tableta oral)	B	5	PA; DL
Lysodren (tableta oral)	B	5	DL
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)			
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)			
Cabergoline (tableta oral)	G	3	
Firmagon (240mg dosis) (120mg/ampolleta de solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Firmagon (80mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	4	PA
Leuprolide Acetate (kit para inyección)	G	4	PA
Lupron Depot (1 mes) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (3 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (4 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Lupron Depot (6 meses) (kit para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Octreotide Acetate (solución para inyección)	G	4	PA
Orgovyx (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Signifor (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Synarel (solución nasal)	B	5	DL

♦ 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
Trelstar Mixject (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	5	PA; DL
Agentes hormonales, supresores (tiroides)			
Agentes antitiroideos			
Methimazole (tableta oral)	G	1	♦
Propylthiouracil (tableta oral)	G	2	
Agentes inmunológicos			
Agentes para el angioedema			
Berinerit (kit para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Cinryze (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Haegarda (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
Ruconest (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Sajazir (solución para inyección subcutánea)	G	5	PA; DL; QL
Inmunoglobulinas			
BIVIGAM (5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Flebogamma DIF (5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gammagard (2.5g/25ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Gammagard S/D Less IgA (solución reconstituida para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gammaked (1g/10ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Gammplex (10g/100ml solución para inyección intravenosa, 10g/200ml solución para inyección intravenosa, 20g/200ml solución para inyección intravenosa, 5g/50ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Gamunex-C (1g/10ml solución para inyección)	B	5	PA; DL
Octagam (1g/20ml solución para inyección intravenosa, 2g/20ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Panzyga (solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Privigen (20g/200ml solución para inyección intravenosa)	B	5	PA; DL
Agentes inmunológicos, otros			
Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Arcalyst (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Benlysta (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Benlysta (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Dupixent (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Dupixent (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Kineret (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Orencia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Otezla (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	5	PA; DL; QL
Ridaura (cápsula oral)	B	5	DL
Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi (150mg dosis) (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stelara (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stelara (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

◆ 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
Xeljanz (solución oral)	B	5	PA; DL; QL
Xeljanz (tableta oral de liberación inmediata)	B	5	PA; DL; QL
Xeljanz XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	5	PA; DL; QL
Xolair (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Xolair (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Inmunoestimulantes			
Actimmune (solución para inyección subcutánea)	B	5	DL
Besremi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Intron A (solución reconstituida para inyección)	B	5	PA; DL
Pegasys (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Pegasys (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Inmunosupresores			
Azathioprine (50mg tableta oral)	G	2	B/D,PA
Cimzia Prefilled (2 x 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cimzia (kit para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Cyclosporine Modified (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Cyclosporine Modified (solución oral)	G	3	B/D,PA
Cyclosporine (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel (25mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Envarsus XR (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	4	B/D,PA
Everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral, 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
Humira Pediatric Crohns Start (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Humira Pen (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira Pen Crohns Disease Starter (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Humira Pen-Pediatric UC Start (kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Humira Pen Psoriasis Starter (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Humira (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Leflunomide (tableta oral)	G	2	
Methotrexate 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
Mycophenolate Mofetil (tableta oral)	G	3	B/D,PA
Mycophenolate Sodium (tableta oral de liberación retardada)	G	4	B/D,PA
Prograf (paquete oral)	B	4	B/D,PA
Rasuvo (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	4	PA
Sandimmune (solución oral)	B	4	B/D,PA
Simponi (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Simponi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Sirolimus (solución oral)	G	5	B/D,PA; DL
Sirolimus (tableta oral)	G	4	B/D,PA
Tacrolimus (cápsula oral)	G	3	B/D,PA
Trexall (tableta oral)	G	4	
Xatmep (solución oral)	B	4	PA
Vacunas			

♦ 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
ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	QL
Adacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
BCG Vaccine (solución reconstituida para inyección)	B	3	QL
Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Boostrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Boostrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Engerix-B (suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Engerix-B (jeringa precargada con suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Havrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Hiberix (solución reconstituida para inyección)	B	3	QL
Imovax Rabies (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	B/D,PA; QL
Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
IPOL (inyección)	B	3	QL
Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Kinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Menactra (solución para inyección intramuscular)	B	3	QL
MenQuadfi (solución para inyección intramuscular)	B	3	QL
Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	QL
M-M-R II (solución reconstituida para inyección)	B	3	QL
Pediarix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Pentacel (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	QL
PreHevbrio (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	B/D,PA; QL
Priorix (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	3	QL
ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	3	QL
Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Quadracel (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	B/D,PA; QL
Recombivax HB (suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Recombivax HB (jeringa precargada con suspensión para inyección)	B	3	B/D,PA; QL
Rotarix (suspensión oral reconstituida)	B	3	QL
RotaTeq (solución oral)	B	3	QL
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	3	PA; QL
TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)	B	3	QL
Ticovac (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)	B	3	QL
Typhim Vi (jeringa precargada con solución para inyección intramuscular)	B	3	QL
VAQTA (suspensión para inyección intramuscular)	B	3	QL
Varivax (inyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL
YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)	B	3	QL
Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal			
Aminosalicilatos			
Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	3	QL

- ◆ 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
Balsalazide Disodium (cápsula oral)	G	4	
Dipentum (cápsula oral)	B	5	DL
Mesalamine ER (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Apriso genérico)	G	3	QL
Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico)	G	3	QL
Mesalamine (enema rectal)	G	4	QL
Mesalamine (supositorio rectal)	G	4	QL
Pentasa (250mg cápsula oral de liberación prolongada)	B	4	QL
Sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	
Sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada)	G	2	
Glucocorticoides			
Budesonide ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	5	ST; DL
Budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	4	
Hydrocortisone (Perianal) (2.5% crema para uso externo)	G	2	
Hydrocortisone (enema rectal)	G	4	
Procto-Med HC (crema para uso externo)	G	2	
Procto-Pak (crema para uso externo)	G	2	
Proctosol HC (crema para uso externo)	G	2	
Proctozone-HC (crema para uso externo)	G	2	
Agentes para la osteopatía metabólica			
Agentes para la osteopatía metabólica			
Alendronate Sodium (solución oral)	G	4	
Alendronate Sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral)	G	1	QL ♦
Calcitonin Salmon (solución nasal)	G	3	QL
Calcitriol (cápsula oral)	G	2	B/D,PA
Calcitriol (solución oral)	G	2	B/D,PA
Cinacalcet HCl (tableta oral)	G	4	B/D,PA; QL
Doxercalciferol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Ibandronate Sodium (tableta oral)	G	2	QL
Natpara (cartucho para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Paricalcitol (cápsula oral)	G	4	B/D,PA
Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	4	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)	B	5	DL; QL
Risedronate Sodium (tableta oral de liberación inmediata)	G	3	QL
Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Xgeva (solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Agentes terapéuticos varios			
Agentes terapéuticos varios			
Alcohol Prep Pads	G	3	
Gauze (apósito no medicado de 2X2)	G	3	
Insulin jeringas, agujas	G	3	
Agentes oftálmicos			
Agentes oftálmicos, otros			
Atropine Sulfate (1% solución oftálmica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-Bacitracin-Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	G	3	
Brimonidine Tartrate-Timolol (solución oftálmica)	G	3	
Combigan (solución oftálmica)	B	3	
Cystaran (solución oftálmica)	B	5	DL
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate (solución oftálmica)	G	1	♦
Dorzolamide HCl-Timolol Maleate Preservative Free (solución oftálmica)	G	4	
Lacrisert (inserto oftálmico)	B	4	
Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (ungüento oftálmico)	G	2	
Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone (3.5-10000-0.1 suspensión oftálmica)	G	2	
Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión oftálmica)	G	4	
Pred-G (suspensión oftálmica)	B	4	
Pred-G S.O.P. (ungüento oftálmico)	B	4	
Restasis MultiDose (emulsión oftálmica)	B	3	QL
Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)	B	3	QL
Rocklatan (solución oftálmica)	B	3	ST
Sulfacetamide-Prednisolone (solución oftálmica)	G	2	
TobraDex (ungüento oftálmico)	B	3	

♦ 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
TobraDex ST (suspensión oftálmica)	B	4	
Tobramycin-Dexamethasone (suspensión oftálmica)	G	3	
Xiidra (solución oftálmica)	B	4	QL
Agentes antialérgicos oftálmicos			
Alocril (solución oftálmica)	B	4	
Alomide (solución oftálmica)	B	4	
Azelastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Bepotastine Besilate (solución oftálmica)	G	4	
Bepreve (solución oftálmica)	B	4	
Cromolyn Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Epinastine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Olopatadine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Antiinfecciosos oftálmicos			
Bacitracin (ungüento oftálmico)	G	2	
Bacitracin-Polymyxin B (ungüento oftálmico)	G	2	
Besivance (suspensión oftálmica)	B	4	
Ciloxan (ungüento oftálmico)	B	4	
Ciprofloxacin HCl (solución oftálmica)	G	2	
Erythromycin (ungüento oftálmico)	G	2	
Gatifloxacin (solución oftálmica)	G	3	
Gentak (ungüento oftálmico)	G	2	
Gentamicin Sulfate (solución oftálmica)	G	2	
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	G	3	
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica) (Vigamox genérico)	G	4	
Natacyn (suspensión oftálmica)	B	4	
Neomycin-Bacitracin-Polymyxin (5-400-10000 ungüento oftálmico)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-Gramicidin (solución oftálmica)	G	3	
Ofloxacin (solución oftálmica)	G	2	
Polymyxin B-Trimethoprim (solución oftálmica)	G	2	
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico)	G	2	
Sulfacetamide Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Tobramycin (solución oftálmica)	G	2	
Tobrex (ungüento oftálmico)	B	4	
Trifluridine (solución oftálmica)	G	3	
Antiinflamatorios oftálmicos			
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Diclofenac Sodium (solución oftálmica)	G	2	
Flarex (suspensión oftálmica)	B	4	
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	G	3	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	G	2	
FML Forte (suspensión oftálmica)	B	4	
FML (ungüento oftálmico)	B	4	
llevro (suspensión oftálmica)	B	3	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	G	3	
Lotemax (gel oftálmico)	B	4	
Lotemax (ungüento oftálmico)	B	4	
Lotemax (suspensión oftálmica)	B	4	
Lotemax SM (gel oftálmico)	B	4	
Loteprednol Etabonate (gel oftálmico)	G	4	
Loteprednol Etabonate (suspensión oftálmica)	G	4	
Pred Mild (suspensión oftálmica)	B	4	
Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	G	3	
Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	G	2	
Prolensa (solución oftálmica)	B	4	
Bloqueantes betaadrenérgicos oftálmicos			
Betaxolol HCl (solución oftálmica)	G	3	
Betimol (solución oftálmica)	B	4	
Carteolol HCl (solución oftálmica)	G	2	
Levobunolol HCl (solución oftálmica)	G	2	
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución oftálmica) (Timoptic-XE genérico)	G	3	
Timolol Maleate (solución oftálmica) (Timoptic genérico)	G	1	♦
Agentes oftálmicos para bajar la presión intraocular, otros			
Alphagan P (0.1% solución oftálmica)	B	3	
Apraclonidine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica)	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	

- ♦ 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
Pilocarpine HCl (solución oftálmica)	G	3	
Rhopressa (solución oftálmica)	B	3	ST
Simbrinza (suspensión oftálmica)	B	3	
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas			
Latanoprost (solución oftálmica)	G	1	♦
Lumigan (solución oftálmica)	B	3	
Travoprost (BAK Free) (solución oftálmica)	G	3	
Vyzulta (solución oftálmica)	B	4	
Agentes óticos			
Agentes óticos			
Acetic Acid (solución ótica)	G	2	
Cipro HC (suspensión ótica)	B	4	
Ciprofloxacin-Dexamethasone (suspensión ótica)	G	4	
Flac (aceite ótico)	G	4	
Fluocinolone Acetonide (aceite ótico)	G	4	
Hydrocortisone-Acetic Acid (solución ótica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-HC (1% solución ótica)	G	3	
Neomycin-Polymyxin-HC (suspensión ótica)	G	3	
Ofloxacin (solución ótica)	G	3	
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio			
Antihistamínicos			
Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)	G	3	
Azelastine-Fluticasone (suspensión nasal)	G	4	
Cetirizine HCl (1mg/ml solución oral)	G	2	
Cyproheptadine HCl (jarabe oral)	G	4	
Cyproheptadine HCl (tableta oral)	G	4	
Desloratadine (tableta oral)	G	3	
Dymista (suspensión nasal)	B	4	
Levocetirizine Dihydrochloride (tableta oral)	G	1	QL ♦
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables			
Arnuity Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Budesonide (suspensión para inhalación)	G	4	B/D,PA
Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Flovent HFA (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Flunisolide (solución nasal)	G	1	♦
Fluticasone Propionate (suspensión nasal)	G	2	

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Mometasone Furoate (suspensión nasal)	G	4	
Antileucotrienos			
Montelukast Sodium (paquete oral)	G	2	QL
Montelukast Sodium (tableta oral)	G	1	QL ♦
Montelukast Sodium (tableta oral masticable)	G	2	QL
Zafirlukast (tableta oral)	G	3	QL
Zileuton ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	5	ST; DL
Zyflo (tableta oral de liberación inmediata)	B	5	ST; DL
Broncodilatadores, anticolinérgicos			
Atrovent HFA (solución en aerosol para inhalación)	B	4	
Incruse Elipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Ipratropium Bromide (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
Ipratropium Bromide (solución nasal)	G	2	
Lonhala Magnair (solución para inhalación)	B	5	DL; QL
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)	B	3	QL
Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Broncodilatadores, simpaticomiméticos			
Albuterol Sulfate HFA (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (Proair genérico), 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	

♦ 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
Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)	B	4	B/D,PA; QL
ProAir HFA (solución en aerosol para inhalación)	B	3	
ProAir RespiClick (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	
Serevent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Agentes para la fibrosis quística			
Cayston (solución reconstituida para inhalación)	B	5	PA; DL
Kalydeco (paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Kalydeco (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Orkambi (100-125mg paquete oral, 150-188mg paquete oral)	B	5	PA; DL; QL
Orkambi (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Pulmozyme (solución para inhalación)	B	5	B/D,PA; DL; QL
TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Tobramycin (solución para nebulizador para inhalación)	G	5	B/D,PA; DL; QL
Estabilizadores de mastocitos			
Cromolyn Sodium (solución para nebulizador para inhalación)	G	4	B/D,PA
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias			
Daliresp (tableta oral)	B	4	PA; QL
Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	2	
Theophylline ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	2	
Theophylline (solución oral)	G	2	
Antihipertensivos pulmonares			
Adempas (tableta oral)	B	5	PA; DL
Alyq (tableta oral)	G	4	PA; QL
Ambrisentan (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Bosentan (tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Opsumit (tableta oral)	B	5	PA; DL
Orenitram (0.125mg tableta oral de liberación prolongada)	B	4	PA
Orenitram (0.25mg tableta oral de liberación prolongada, 1mg tableta oral de liberación prolongada, 2.5mg tableta oral de liberación prolongada, 5mg tableta oral de liberación prolongada)	B	5	PA; DL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
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
Tracleer (tableta oral soluble)	B	5	PA; DL; QL
Tyvaso DPI Maintenance Kit (polvo para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Tyvaso DPI Titration Kit (polvo para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Ventavis (solución para inhalación)	B	5	PA; DL; QL
Agentes para la fibrosis pulmonar			
Esbriet (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Esbriet (tableta oral)	B	5	PA; DL; QL
Ofev (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Pirfenidone (267mg tableta oral, 801mg tableta oral)	G	5	PA; DL; QL
Agentes del tracto respiratorio, otros			
Acetylcysteine (solución para inhalación)	G	2	B/D,PA
Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Advair HFA (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Breztri Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Dulera (aerosol para inhalación)	B	4	QL
Fasenra Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL
Fasenra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL

- ◆ 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
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 ♦
Nucala (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Nucala (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Nucala (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	5	PA; DL; QL
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	3	QL
Symbicort (aerosol para inhalación)	B	3	QL
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	3	QL
Wixela Inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (Advair genérico)	G	3	QL
Relajantes de músculos esqueléticos			
Relajantes de músculos esqueléticos			
Chlorzoxazone (500mg tableta oral)	G	3	
Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	2	
Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta oral)	G	4	
Methocarbamol (tableta oral)	G	3	QL
Agentes para trastornos del sueño			
Inductores del sueño			
Belsomra (tableta oral)	B	3	QL
Eszopiclone (tableta oral)	G	3	QL
Hetlioz LQ (suspensión oral)	B	5	PA; DL; QL
Hetlioz (cápsula oral)	B	5	PA; DL; QL
Ramelteon (tableta oral)	G	4	QL
Temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral)	G	2	QL
Zaleplon (cápsula oral)	G	3	QL

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Nivel	Reglas de cobertura o límites de uso
Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	2	QL
Promotores del estado de vigilia			
Armodafinil (tableta oral)	G	4	PA; QL
Modafinil (tableta oral)	G	3	PA; QL
Xyrem (solución oral)	B	5	PA; DL; QL

- ◆ Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta durante la Etapa Sin Cobertura. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Encontrará el significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 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
Actemra ACTPen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (3.6ml) cada 28 días
Actemra (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (3.6ml) cada 28 días
ActHIB (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Acyclovir (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 1 tubo (30 gramos) cada 30 días
Adacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Advair Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Advair HFA (aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Aimovig (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1ml) cada 30 días
Albendazole (tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas por día
Alecensa (cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Alendronate Sodium (10MG tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Alendronate Sodium (35mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas cada 28 días
Alendronate Sodium (70mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Aliskiren Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Alprazolam (0.25mg tableta oral de liberación inmediata, 0.5mg tableta oral de liberación inmediata, 1mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (2mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Alunbrig (180mg tableta oral, 90mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Alunbrig (30mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Alunbrig (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (60 tabletas) por año
Alyq (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Ambrisentan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Atorvastatin (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Benazepril (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Amlodipine-Olmesartan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine-Valsartan (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Amphetamine-Dextroamphetamine ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Amphetamine-Dextroamphetamine (10mg tableta oral, 12.5mg tableta oral, 15mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Amphetamine-Dextroamphetamine (20mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Androderm (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Anoro Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
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
Apriso (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Aptiom (200mg tableta oral, 400mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Aptiom (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Aptivus (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	G	Máximo de 25ml por día
Aripiprazole (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 2mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Aripiprazole ODT (10mg tableta oral dispersable, 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
Arnuty Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Asenapine Maleate (tableta sublingual)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Aspirin-Dipyridamole ER (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (150mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Atazanavir Sulfate (200mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atomoxetine HCl (100mg cápsula oral, 60mg cápsula oral, 80mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Atomoxetine HCl (10mg cápsula oral, 18mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 40mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Atorvastatin Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Atovaquone (suspensión oral)	G	Máximo de 14ml por día
Aubagio (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Austedo (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Avonex Pen (kit de autoinyectable para inyección intramuscular)	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
Avonex Prefilled (kit de jeringa precargada para inyección intramuscular)	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
Ayvakit (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Azelaic Acid (gel para uso externo)	G	Máximo de 50 gramos cada 30 días
Balversa (3mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Balversa (4mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Balversa (5mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
BCG Vaccine (solución reconstituida para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 ampolleta) por día
Belsomra (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Benazepril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Benazepril-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Betaseron (kit para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (15 ampolletas) cada 30 días
Bevespi Aerosphere (aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Bexarotene (gel para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Bexsero (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Biktarvy (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Bisoprolol-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Boostrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Boostrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Bosentan (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Bosulif (100mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Bosulif (400mg tableta oral, 500mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Breo Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Breztri Aerosphere (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
Brilinta (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
BRIVIACT (10mg/ml solución oral)	B	Máximo de 20ml por día
BRIVIACT (100mg tableta oral, 10mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Brukinsa (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (12-3mg película sublingual, 4-1mg película sublingual)	G	Máximo de 2 películas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (2-0.5mg película sublingual, 8-2mg película sublingual)	G	Máximo de 3 películas por día
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl (tableta sublingual)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine (parche transdérmico semanal)	G	Máximo de 4 parches cada 28 días
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
Bydureon BCise (autoinyectable para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (3.4ml) cada 28 días
Byetta 10mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.4ml) cada 30 días
Byetta 5mcg Pen (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1.2ml) cada 30 días
Cablivi (kit para inyección)	B	Máximo de 1 kit por día
Cabometyx (20mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Cabometyx (40mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Calcipotriene (crema para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Calcipotriene (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Calcitonin Salmon (solución nasal)	G	Máximo de 1 frasco cada 28 días
Calquence (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Candesartan Cilexetil (16mg tableta oral, 32mg tableta oral, 4mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Candesartan Cilexetil (8mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Candesartan Cilexetil-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Caplyta (42mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Captopril (100mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Captopril (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Captopril (50mg tableta oral)	G	Máximo de 9 tabletas por día
Celecoxib (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Chloroquine Phosphate (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Cimduo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Cimzia Prefilled (2 x 200mg/ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits cada 28 días
Cimzia (kit para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits cada 28 días
Cinacalcet HCl (30mg tableta oral, 60mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Cinacalcet HCl (90mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clindacin 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
Clindamycin Phosphate (solución para uso externo)	G	Máximo de 60ml cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Clindamycin Phosphate (hisopo para uso externo)	G	Máximo de 69 apósitos cada 30 días
Clobazam (2.5mg/ml suspensión oral)	G	Máximo de 16ml por día
Clobazam (10mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Clonazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam (2mg tableta oral)	G	Máximo de 10 tabletas por día
Clonazepam ODT (0.125mg tableta oral dispersable, 0.25mg tableta oral dispersable, 0.5mg tableta oral dispersable, 1mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam ODT (2mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 10 tabletas por día
Clopidogrel Bisulfate (75mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Clorazepate Dipotassium (15mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (3.75mg tableta oral)	G	Máximo de 24 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (7.5mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Clotrimazole-Betamethasone (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Clozapine ODT (100mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 9 tabletas por día
Clozapine ODT (12.5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Clozapine ODT (150mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Clozapine ODT (200mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Clozapine ODT (25mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Codeine Sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Codeine Sulfate (30mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Colchicine (0.6mg cápsula oral) (equivalente a la marca Mitigare)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Colchicine (0.6mg tableta oral) (Colcrys genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Combivent Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 20 días
Cometriq (100mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 1 caja (56 cápsulas) cada 28 días
Cometriq (140mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 1 caja (112 cápsulas) cada 28 días
Cometriq (60mg dosis diaria) (kit oral)	B	Máximo de 1 caja (84 cápsulas) cada 28 días
Complera (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Copiktra (cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Corlanor (solución oral)	B	Máximo de 15ml por día
Corlanor (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Cosentyx (300mg dosis) (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 10 jeringas (10ml) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Cosentyx Sensoready (300mg) (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 10 plumas (10ml) cada 30 días
Cosentyx (75mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 20 jeringas (10ml) cada 30 días
Cotellic (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Cycloset (tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Dalfampridine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Daliresp (250mcg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daliresp (500mcg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daptacel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Daurismo (100mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Daurismo (25mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Delstrigo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Descovy (200-25mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Desonide (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 120 gramos cada 30 días
Desoximetasone (crema para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Desvenlafaxine Succinate ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Desvenlafaxine Succinate ER (25mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	G	Máximo de 1 tableta por día
Dexilant (cápsula oral de liberación retardada)	B	Máximo de 1 cápsula por día
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
Dextroamphetamine Sulfate (30mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Diacomit (250mg cápsula oral)	B	Máximo de 12 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Diacomit (500mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Diacomit (250mg paquete oral)	B	Máximo de 12 paquetes por día
Diacomit (500mg paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día
Diazepam Intensol (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
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Dofetilide (125mcg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Dofetilide (250mcg cápsula oral, 500mcg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Donepezil HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl (23mg tableta oral, 5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Donepezil HCl ODT (10mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl ODT (5mg tableta oral dispersable)	G	Máximo de 1 tableta por día
Dovato (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Doxepin HCl (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Drizalma Sprinkle (20mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 40mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada, 60mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Drizalma Sprinkle (30mg cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Droxidopa (100mg cápsula oral)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Droxidopa (200mg cápsula oral, 300mg cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Dulera (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (13 gramos) cada 30 días
Duloxetine HCl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
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
Dupixent (200mg/1.14ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (4.56ml) cada 28 días
Dupixent (300mg/2ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (8ml) cada 28 días
Dupixent (100mg/0.67ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas (1.34ml) cada 28 días
Dupixent (200mg/1.14ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (4.56ml) cada 28 días
Dupixent (300mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	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
Edarbi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Edarbyclor (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Edurant (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz (cápsula oral)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Efavirenz (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Eliquis (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Eliquis Starter Pack (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes (148 tabletas) por año
Emgality (300mg dosis) (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas o plumas (3 ml) cada 30 días
Emgality (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
Emgality (120mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 jeringas o plumas (2 ml) cada 30 días
Emsam (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Emtricitabine (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Emtriva (solución oral)	B	Máximo de 5 frascos (850ml) cada 30 días
Enalapril Maleate (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril-Hydrochlorothiazide (10-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril-Hydrochlorothiazide (5-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Enbrel Mini (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 cartuchos cada 28 días
Enbrel (solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 ampolletas (4ml) cada 28 días
Enbrel (25mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 jeringas (4ml) cada 28 días
Enbrel (50mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 jeringas (8ml) cada 28 días
Enbrel (25mg solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 ampolletas cada 28 días
Enbrel SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 8 plumas cada 28 días
Endocet (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Engerix-B (10mcg/0.5ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Engerix-B (20mcg/ml suspensión para inyección, 20mcg/ml jeringa precargada con suspensión para inyección)	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
Entresto (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Epclusa (paquete oral)	B	Máximo de 1 caja (28 paquetes) cada 28 días
Epclusa (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)	G	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Erleada (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Erlotinib HCl (100mg tableta oral, 150mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Erlotinib HCl (25mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Esbriet (cápsula oral)	B	Máximo de 9 cápsulas por día
Esbriet (267mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Esbriet (801mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Esomeprazole Magnesium (20mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula oral de liberación retardada) (Nexium genérico)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Estradiol (parche transdérmico semanal)	G	Máximo de 4 parches cada 28 días
Estradiol (tableta vaginal)	G	Máximo de 18 tabletas cada 28 días
Eszopiclone (tableta oral)	G	Máximo de 90 tabletas por año
Etravirine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Evotaz (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Exkivity (cápsula oral)	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
Fanapt (10mg tableta oral, 12mg tableta oral, 1mg tableta oral, 2mg tableta oral, 4mg tableta oral, 6mg tableta oral, 8mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Fanapt Titration Pack (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Farxiga (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Fentanyl Citrate (pastilla para chupar con aplicador)	G	Máximo de 4 pastillas para chupar por día
Fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas)	G	Máximo de 15 parches cada 30 días
Fetzima (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Fetzima Titration (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (56 cápsulas) por año
Finacea (espuma para uso externo)	B	Máximo de 50 gramos cada 30 días
Fintepla (solución oral)	B	Máximo de 12ml por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Flovent Diskus (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 2 inhaladores (120 blísteres) cada 30 días
Flovent HFA (110mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (220mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 2 inhaladores (24 gramos) cada 30 días
Flovent HFA (44mcg/aplicación aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.6 gramos) cada 30 días
Fluocinonide Emulsified Base (crema para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (0.05% crema para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (gel para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Fluocinonide (solución para uso externo)	G	Máximo de 60ml cada 30 días
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
Forteo (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.4ml) cada 28 días
Fosamprenavir Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Fosinopril Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Fosinopril Sodium-HCTZ (tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Fotivda (cápsula oral)	B	Máximo de 21 cápsulas cada 28 días
Fuzeon (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 ampolletas por día
Fycompa (suspensión oral)	B	Máximo de 24ml por día
Fycompa (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Galantamine Hydrobromide ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Galantamine Hydrobromide (solución oral)	G	Máximo de 2 frascos (200ml) cada 30 días
Galantamine Hydrobromide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Gardasil 9 (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Gardasil 9 (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Gavreto (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Genvoya (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Gilenya (0.5mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
Glatiramer Acetate (20mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 1 jeringa (1ml) por día
Glatiramer Acetate (40mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 jeringas (12ml) cada 28 días
Glatopa (20mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 1 jeringa (1ml) por día
Glatopa (40mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 jeringas (12ml) cada 28 días
Glimepiride (1mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glimepiride (2mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glimepiride (4mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (10mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (2.5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (10mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide-Metformin HCl (2.5-250mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide-Metformin HCl (2.5-500mg tableta oral, 5-500mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Glyxambi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Granisetron HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Havrix (1440UE/ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Havrix (720UE/0.5ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Hetlioz LQ (suspensión oral)	B	Máximo de 158ml cada 30 días
Hetlioz (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Hiberix (solución reconstituida para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pediatric Crohns Start (80mg/0.8ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira Pen (40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits (4 plumas) cada 28 días
Humira Pen (40mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea, 80mg/0.8ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (2 plumas) cada 28 días
Humira Pen Psoriasis Starter (80mg/0.8ml y 40mg/0.4ml kit de pluma precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits por año
Humira (10mg/0.1ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea, 20mg/0.2ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea, 40mg/0.8ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit (2 jeringas) cada 28 días
Humira (40mg/0.4ml kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 kits (4 jeringas) cada 28 días
Hydrocodone-Acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral)	G	Máximo de 180ml por día
Hydrocodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone-Ibuprofen (7.5-200mg tableta oral)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Hydromorphone HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido oral)	G	Máximo de 50ml por día
Hydromorphone HCl (2mg tableta oral de liberación inmediata, 4mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Hydromorphone HCl (8mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Hydroxychloroquine Sulfate (200mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Ibandronate Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta cada 28 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Ibrance (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Ibrance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Icatibant Acetate (solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 6 jeringas (18ml) cada 30 días
Iclusig (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
IDHIFA (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Imatinib Mesylate (tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Imbruvica (140mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Imbruvica (70mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Imbruvica (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Imiquimod (5% crema para uso externo)	G	Máximo de 24 gramos cada 30 días
Imovax Rabies (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Imvexxy Maintenance Pack (óvulo vaginal)	B	Máximo de 8 óvulos vaginales cada 28 días
Imvexxy Starter Pack (óvulo vaginal)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Incruse Elipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Infanrix (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Ingrezza (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Ingrezza (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (28 cápsulas) cada 28 días
Inlyta (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Inqovi (tableta oral)	B	Máximo de 1 paquete (5 tabletas) cada 28 días
Inrebic (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Intelligence (25mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
IPOLE (inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Irbesartan (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (75mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Irbesartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Iressa (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Iressa HD (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Iressa (paquete oral)	B	Máximo de 2 paquetes por día
Iressa (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Iressa (tableta oral masticable)	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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Ixiaro (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Jakafi (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Janumet XR (100-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50-500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Janumet XR (50-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Januvia (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Jardiance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Jentaducto (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Jentaducto XR (2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Jentaducto XR (5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Juluca (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Kalydeco (paquete oral)	B	Máximo de 2 paquetes por día
Kalydeco (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Kerendia (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Ketoconazole (crema para uso externo)	G	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Kinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Kisqali (200mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Kisqali (400mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Kisqali (600mg dosis) (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Kisqali Femara (200mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (49 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara (400mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (70 tabletas) cada 28 días
Kisqali Femara (600mg dosis) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
Korlym (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Koselugo (10mg cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Koselugo (25mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Kynmobi (10mg película sublingual, 15mg película sublingual, 20mg película sublingual, 25mg película sublingual, 30mg película sublingual)	B	Máximo de 5 películas por día
Lacosamide (solución oral)	G	Máximo de 40ml por día
Lacosamide (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	G	Máximo de 32ml por día
Lamivudine (150mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lamivudine (300mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lamivudine-Zidovudine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lansoprazole (cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Latuda (120mg tableta oral, 20mg tableta oral, 40mg tableta oral, 60mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Latuda (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Lenalidomide (10mg cápsula oral, 15mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 5mg 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
Lexiva (suspensión oral)	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
Linzess (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Lisinopril (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (10-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (20-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lisinopril-Hydrochlorothiazide (20-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Livalo (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Lokelma (paquete oral)	B	Máximo de 90 paquetes cada 30 días
Lonhala Magnair (solución para inhalación)	B	Máximo de 2 ampolletas (2ml) por día
Lonsurf (15-6.14mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Lonsurf (20-8.19mg tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir-Ritonavir (solución oral)	G	Máximo de 3 frascos (480ml) cada 30 días
Lopinavir-Ritonavir (100-25mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir-Ritonavir (200-50mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam Intensol (concentrado oral)	G	Máximo de 5ml por día
Lorazepam (0.5mg tableta oral, 1mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam (2mg tableta oral)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Lorbrena (100mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Lorbrena (25mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Losartan Potassium (100mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium (25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Losartan Potassium-HCTZ (100-12.5mg tableta oral, 100-25mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium-HCTZ (50-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lovastatin (10mg tableta oral, 20mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Lovastatin (40mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Lubiprostone (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Lumakras (tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día
Lybalvi (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Lynparza (tableta oral)	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
Mavyret (paquete oral)	B	Máximo de 5 cajas (140 paquetes) cada 28 días
Mavyret (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Mayzent (0.25mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Mayzent (1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Mayzent Starter Pack (7 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (14 tabletas) por año
Mayzent Starter Pack (12 x 0.25mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes (24 tabletas) por año
Memantine HCl ER (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	G	Máximo de 10ml por día
Memantine HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Memantine HCl Titration Pak (tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Memantine HCl (5mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Menactra (solución para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
MenQuadfi (solución para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Menveo (solución reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Mesalamine ER (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (Apriso genérico)	G	Máximo de 4 cápsulas por día
Mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (Lialda genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Mesalamine (enema rectal)	G	Máximo de 1 frasco (60ml) por día
Mesalamine (supositorio rectal)	G	Máximo de 1 supositorio por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Metformin HCl ER (500mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Metformin HCl ER (750mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Metformin HCl (500mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 25.5ml por día
Metformin HCl (1000mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2.5 tabletas por día
Metformin HCl (500mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 5 tabletas por día
Metformin HCl (850mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Methadone HCl (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 60ml por día
Methadone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 120ml por día
Methadone HCl (10mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Methadone HCl (5mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Methocarbamol (tableta oral)	G	Máximo de 540 tabletas por año
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Methylphenidate HCl ER (20mg tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 30ml por día
Methylphenidate HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 60ml por día
Methylphenidate HCl (tableta oral de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (100mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (25mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Miglitol (50mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
M-M-R II (solución reconstituida para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Modafinil (100mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Modafinil (200mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Montelukast Sodium (paquete oral)	G	Máximo de 1 paquete por día
Montelukast Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (tableta oral masticable)	G	Máximo de 1 tableta por día
Morphine Sulfate (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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Morphine Sulfate ER (200mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (30mg tableta oral de liberación prolongada, 60mg tableta oral de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 100ml por día
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	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
Motegrity (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Mounjaro (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (2ml) cada 28 días
Movantik (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Multaq (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Mupirocin (ungüento para uso externo)	G	Máximo de 110 gramos cada 30 días
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Namzaric (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Naratriptan HCl (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Nateglinide (120mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Nateglinide (60mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Nayzilam (solución nasal)	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
Nerlynx (tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine ER (100mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nevirapine ER (400mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Nevirapine (suspensión oral)	G	Máximo de 40ml por día
Nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nifedipine ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Nifedipine ER Osmotic Release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día

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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Omeprazole (10mg cápsula oral de liberación retardada)	G	Máximo de 3 cápsulas por día
Onureg (tableta oral)	B	Máximo de 14 tabletas cada 28 días
Orencia ClickJect (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
Orencia (125mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (4ml) cada 28 días
Orencia (50mg/0.4ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (1.6ml) cada 28 días
Orencia (87.5mg/0.7ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 jeringas (2.8ml) cada 28 días
Orgovyx (tableta oral)	B	Máximo de 30 tabletas cada 28 días
Orkambi (100-125mg paquete oral, 150-188mg paquete oral)	B	Máximo de 56 paquetes cada 28 días
Orkambi (tableta oral)	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
Osphena (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Otezla (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Otezla (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 kits por año
Oxandrolone (10mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Oxandrolone (2.5mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (10mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (15mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado oral)	G	Máximo de 6ml por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	G	Máximo de 130ml por día
Oxycodone HCl (10mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (15mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Oxycodone HCl (20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Oxycodone-Acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Ozempic (0.25mg/dosis o 0.5mg/dosis) (2mg/1.5ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1.5ml) cada 28 días
Ozempic (1mg/dosis) (4mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (3ml) cada 28 días
Ozempic (2mg/dosis) (8mg/3ml pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (3ml) cada 28 días
Paliperidone ER (1.5mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 3mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 9mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Paliperidone ER (6mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (20mg tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (40mg tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Pediarix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Pedvax HIB (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Pemazyre (tableta oral)	B	Máximo de 14 tabletas cada 21 días
Pentacel (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	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
Pentasa (250mg cápsula oral de liberación prolongada)	B	Máximo de 16 cápsulas por día
Perforomist (solución para nebulizador para inhalación)	B	Máximo de 2 ampolletas (4ml) por día
Perindopril Erbumine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Pifeltro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Pimecrolimus (crema para uso externo)	G	Máximo de 100 gramos cada 30 días
Pioglitazone HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl-Glimepiride (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl-Metformin HCl (tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Piqray (200mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 tableta por día
Piqray (250mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Piqray (300mg dosis diaria) (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Pirfenidone (267mg tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Pirfenidone (801mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Pomalyst (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Posaconazole (tableta oral de liberación retardada)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Praluent (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 plumas (2ml) cada 28 días
Prasugrel HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pravastatin Sodium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Pregabalin (100mg cápsula oral, 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
PreHevbrio (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Premarin (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Premphase (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prempro (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prevymis (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prezcobix (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Prezista (suspensión oral)	B	Máximo de 2 frascos (400ml) cada 30 días
Prezista (150mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Prezista (600mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Prezista (75mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Prezista (800mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Priorix (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Prolia (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
Promacta (paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día
Promacta (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Promacta (50mg tableta oral, 75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Promethazine HCl (12.5mg supositorio rectal)	G	Máximo de 6 supositorios por día
Promethazine HCl (25mg supositorio rectal)	G	Máximo de 4 supositorios por día
Promethegan (25mg supositorio rectal)	G	Máximo de 4 supositorios por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
ProQuad (suspensión reconstituida para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Pulmozyme (solución para inhalación)	B	Máximo de 2 ampollas (5 ml) por día
Pyrukynd (20mg tableta oral, 5mg tableta oral)	B	Máximo de 1 paquete (56 tabletas) cada 28 días
Pyrukynd (50mg tableta oral)	B	Máximo de 2 paquetes (112 tabletas) cada 28 días
Pyrukynd Taper Pack (5mg tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 paquete (7 tabletas) cada 7 días
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	Máximo de 1 paquete (14 tabletas) cada 14 días
Qinlock (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Quadracel (suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Quadracel (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Quetiapine Fumarate ER (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Quetiapine Fumarate ER (300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 400mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 200mg tableta oral de liberación inmediata, 50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (25mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (300mg tableta oral de liberación inmediata, 400mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril HCl (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril-Hydrochlorothiazide (10-12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Quinapril-Hydrochlorothiazide (20-12.5mg tableta oral, 20-25mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
RabAvert (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Raloxifene HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Ramelteon (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Ramipril (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Ranolazine ER (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	G	Máximo de 2 tabletas por día
RAVICTI (líquido oral)	B	Máximo de 17.5ml por día
Rayaldee (cápsula oral de liberación prolongada)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Rebif Rebidose (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 12 plumas (6ml) cada 28 días
Rebif Rebidose Titration Pack (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Rebif (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 12 jeringas (6ml) cada 28 días
Rebif Titration Pack (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Recombivax HB (10mcg/ml suspensión para inyección, 10mcg/ml [1ml jeringa] suspensión para inyección, 40mcg/ml suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Recombivax HB (5mcg/0.5ml suspensión para inyección, 5mcg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Rectiv (ungüento rectal)	B	Máximo de 30 gramos cada 30 días
Relenza Diskhaler (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 3 inhaladores (60 blísteres) cada 30 días
Relistor (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Repaglinide (0.5mg tableta oral)	G	Máximo de 32 tabletas por día
Repaglinide (1mg tableta oral)	G	Máximo de 16 tabletas por día
Repaglinide (2mg tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Repatha Pushtronex System (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 2 cartuchos (7ml) cada 28 días
Repatha (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
Repatha SureClick (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 plumas (3ml) cada 28 días
Restasis MultiDose (emulsión oftálmica)	B	Máximo de 1 frasco (5.5ml) cada 25 días
Restasis Single-Use Vials (emulsión oftálmica)	B	Máximo de 2 ampolletas por día
Retevmo (40mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Retevmo (80mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Revlimid (cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Rexulti (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Reyataz (paquete oral)	B	Máximo de 6 paquetes por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Rinvoq (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (150mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta cada 30 días
Risedronate Sodium (30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (35mg tableta oral de liberación inmediata, 35mg [paquete de 12 unidades] tableta oral de liberación inmediata, 35mg [paquete de 4 unidades] tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Ritonavir (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas por día
Rivastigmine Tartrate (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)	G	Máximo de 1 parche por día
Rizatriptan Benzoate (tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta oral dispersable)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rosuvastatin Calcium (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Rotarix (suspensión oral reconstituida)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
RotaTeq (solución oral)	B	1 dosis de vacuna (2ml) por día
Rozlytrek (100mg cápsula oral)	B	Máximo de 5 cápsulas por día
Rozlytrek (200mg cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Rubraca (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Rukobia (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Rybelsus (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Rydapt (cápsula oral)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Sajazir (solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 6 jeringas (18ml) cada 30 días
Sancuso (parche transdérmico)	B	Máximo de 4 parches cada 28 días
Scemblix (20mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Scemblix (40mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Secuado (parche transdérmico 24 horas)	B	Máximo de 1 parche por día
Selzentry (solución oral)	B	Máximo de 8 frascos (1840ml) cada 30 días
Selzentry (25mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Selzentry (75mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Serevent Diskus (60 polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 inhalaciones) cada 30 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Shingrix (suspensión reconstituida para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Sildenafil Citrate (20mg tableta oral) (Revatio genérico)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Silodosin (cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Simponi (100mg/ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
Simponi (50mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
Simponi (100mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 28 días
Simponi (50mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa (0.5ml) cada 30 días
Simvastatin (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Skyrizi (150mg dosis) (kit de jeringa precargada para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 kit cada 28 días
Skyrizi Pen (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (1ml) cada 28 días
Skyrizi (cartucho con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 cartucho (2.4ml) cada 56 días
Skyrizi (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 jeringa (1ml) cada 28 días
Sofosbuvir-Velpatasvir (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Solifenacin Succinate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Soliqua (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 5 plumas (15ml) cada 25 días
Somavert (solución reconstituida para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 ampolleta por día
Sovaldi (150mg paquete oral)	B	Máximo de 1 caja (28 paquetes) cada 28 días
Sovaldi (200mg paquete oral)	B	Máximo de 2 cajas (56 paquetes) cada 28 días
Sovaldi (400mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Spiriva HandiHaler (cápsula para inhalación)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Spiriva Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Sprycel (100mg tableta oral, 140mg tableta oral, 70mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Sprycel (20mg tableta oral, 50mg tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día
Sprycel (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Stelara (solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 6 ampolletas (3ml) cada 84 días

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Stelara (45mg/0.5ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 6 jeringas (3ml) cada 84 días
Stelara (90mg/ml jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 jeringas (3ml) cada 84 días
Stiolto Respimat (solución en aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
Stivarga (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Stribild (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Suboxone (12-3mg película sublingual, 4-1mg película sublingual)	B	Máximo de 2 películas por día
Suboxone (2-0.5mg película sublingual, 8-2mg película sublingual)	B	Máximo de 3 películas por día
Sumatriptan (solución nasal)	G	Máximo de 12 dispositivos cada 30 días
Sumatriptan Succinate (100mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)	G	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Sumatriptan Succinate Refill (cartucho con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea, 6mg/0.5ml autoinyectable con solución para inyección subcutánea)	G	Máximo de 12 inyecciones (6ml) cada 30 días
Sunitinib Malate (12.5mg cápsula oral, 25mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Sunitinib Malate (37.5mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Symbicort (120 aerosol para inhalación)	B	Máximo de 1 inhalador (10.2 gramos) cada 30 días
Sympazan (película oral)	B	Máximo de 2 películas por día
Symtuza (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Synjardy (tableta oral de liberación inmediata)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Synjardy XR (10-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Synjardy XR (12.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Tabrecta (tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, PAH) (20mg tableta oral) (Adcirca genérico)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Tagrisso (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Talzenna (0.25mg cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Talzenna (0.5mg cápsula oral, 0.75mg cápsula oral, 1mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Tasigna (150mg cápsula oral)	B	Máximo de 5 cápsulas por día
Tasigna (200mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Tasigna (50mg cápsula oral)	B	Máximo de 14 cápsulas por día
Tazverik (tableta oral)	B	Máximo de 8 tabletas por día
TDVAX (suspensión para inyección intramuscular)	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
Tenivac (inyectable para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Tepmetko (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Teriparatide (recombinante) (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1 pluma (2.48ml) cada 28 días
Tetrabenazine (12.5mg tableta oral)	G	Máximo de 3 tabletas por día
Tetrabenazine (25mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Thalomid (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Thalomid (150mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Tibsovo (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Ticovac (1.2mcg/0.25ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.25ml) por día
Ticovac (2.4mcg/0.5ml jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tivicay (10mg tableta oral, 25mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tivicay (50mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Tivicay PD (tableta oral soluble)	B	Máximo de 6 tabletas por día
TOBI Podhaler (cápsula para inhalación)	B	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (300mg/4ml solución para nebulizador para inhalación)	G	Máximo de 2 ampollas (8 ml) por día
Tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación)	G	Máximo de 2 ampollas (10 ml) por día
Tolcapone (tableta oral)	G	Máximo de 6 tabletas por día
Tracleer (tableta oral soluble)	B	Máximo de 8 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Tradjenta (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl ER (bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl ER (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	G	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (50mg tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol-Acetaminophen (tableta oral)	G	Máximo de 8 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta oral, 2mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Trandolapril-Verapamil HCl ER (tableta oral de liberación prolongada)	G	Máximo de 1 tableta por día
Trelegy Ellipta (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración)	B	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Trientine HCl (cápsula oral)	G	Máximo de 8 cápsulas por día
Trijardy XR (10-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 25-5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 1 tableta por día
Trijardy XR (12.5-2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5-2.5-1000mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Trintellix (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Triumeq (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Triumeq PD (tableta oral soluble)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Trizivir (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Trulance (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Trulicity (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 4 plumas (2ml) cada 28 días
Trumenba (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Truseltiq (100mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 1 cápsula por día
Truseltiq (125mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Truseltiq (50mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 cápsulas por día
Truseltiq (75mg dosis diaria) (cápsula oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Tukysa (150mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Tukysa (50mg tableta oral)	B	Máximo de 12 tabletas por día
Turalio (cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Twinrix (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (1ml) por día
Tybost (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Tymlos (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 1.56ml cada 30 días
Typhim Vi (solución para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Typhim Vi (jeringa precargada con solución para inyección intramuscular)	B	1 dosis de vacuna (0.5ml) por día
Tyvaso DPI Maintenance Kit (112 x 32mcg y 112 x 48mcg polvo para inhalación)	B	Máximo de 1 kit (224 cartuchos) cada 28 días
Tyvaso DPI Maintenance Kit (16mcg polvo para inhalación, 32mcg polvo para inhalación, 48mcg polvo para inhalación, 64mcg polvo para inhalación)	B	Máximo de 1 kit (112 cartuchos) cada 28 días
Tyvaso DPI Titration Kit (112 x 16mcg y 84 x 32mcg polvo para inhalación)	B	Máximo de 2 kits (392 cartuchos) por año
Tyvaso DPI Titration Kit (112 x 16mcg y 112 x 32mcg y 28 x 48mcg polvo para inhalación)	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
Valchlor (gel para uso externo)	B	Máximo de 60 gramos cada 30 días
Valganciclovir HCl (50mg/ml solución oral reconstituida)	G	Máximo de 36ml por día
Valganciclovir HCl (450mg tableta oral)	G	Máximo de 4 tabletas por día
Valsartan (160mg tableta oral, 40mg tableta oral, 80mg tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Valsartan (320mg tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Valsartan-Hydrochlorothiazide (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Valtoco 10mg Dose (líquido nasal)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (10 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 15mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 20mg Dose (líquido nasal, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (20 atomizadores) cada 30 días
Valtoco 5mg Dose (líquido nasal)	B	Máximo de 10 paquetes de blísteres (10 atomizadores) cada 30 días
Vancomycin HCl (125mg cápsula oral)	G	Máximo de 4 cápsulas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Vancomycin HCl (250mg cápsula oral)	G	Máximo de 8 cápsulas por día
VAQTA (25 unidades/0.5ml suspensión para inyección intramuscular, 25 unidades/0.5ml 0.5ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
VAQTA (50 unidades/ml suspensión para inyección intramuscular, 50 unidades/ml 1ml suspensión para inyección intramuscular)	B	Máximo de 2 vacunas una vez en la vida
Varivax (inyectable para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Veltassa (paquete oral)	B	Máximo de 1 paquete por día
Vemlidy (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Venclexta (100mg tableta oral)	B	Máximo de 6 tabletas por día
Venclexta (10mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Venclexta (50mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Venclexta Starting Pack (tableta oral, paquete de tratamiento)	B	Máximo de 2 paquetes por año
Ventavis (10mcg/ml solución para inhalación)	B	Máximo de 7ml por día
Ventavis (20mcg/ml solución para inhalación)	B	Máximo de 3ml por día
Verzenio (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Victoza (pluma precargada con solución para inyección subcutánea)	B	Máximo de 3 plumas (9ml) cada 30 días
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
Viiibryd (tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Viiibryd Starter Pack (kit oral)	B	Máximo de 2 paquetes (60 tabletas) por año
Vilazodone HCl (tableta oral)	G	Máximo de 1 tableta por día
Vimpat (solución oral)	B	Máximo de 40ml por día
Vimpat (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Viracept (250mg tableta oral)	B	Máximo de 10 tabletas por día
Viracept (625mg tableta oral)	B	Máximo de 4 tabletas por día
Viread (polvo oral)	B	Máximo de 4 frascos (240 gramos) cada 30 días
Viread (150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 250mg tableta oral)	B	Máximo de 1 tableta por día
Vittrakvi (100mg cápsula oral)	B	Máximo de 4 cápsulas por día
Vittrakvi (25mg cápsula oral)	B	Máximo de 6 cápsulas por día
Vittrakvi (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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
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

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
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
Xtandi (80mg tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Xyrem (solución oral)	B	Máximo de 18ml por día
YF-Vax (inyectable para inyección subcutánea)	B	1 dosis de vacuna (1 inyección) por día
Yuvafem (tableta vaginal)	G	Máximo de 18 tabletas cada 28 días
Zafirlukast (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día

Nombre del medicamento	De marca o Genérico	Límite de cantidad
Zaleplon (10mg cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (5mg cápsula oral)	G	Máximo de 1 cápsula por día
Zejula (cápsula oral)	B	Máximo de 3 cápsulas por día
Zidovudine (cápsula oral)	G	Máximo de 6 cápsulas por día
Zidovudine (jarabe oral)	G	Máximo de 64ml por día
Zidovudine (tableta oral)	G	Máximo de 2 tabletas por día
Ziprasidone HCl (cápsula oral)	G	Máximo de 2 cápsulas por día
Zolpidem Tartrate (tableta oral de liberación inmediata)	G	Máximo de 1 tableta por día
Zydelig (tableta oral)	B	Máximo de 2 tabletas por día
Zykadia (tableta oral)	B	Máximo de 3 tabletas por día

Medicamentos cubiertos adicionales

El plan tiene cobertura adicional para los medicamentos con receta que aparecen a continuación. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta. La cantidad que usted paga 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
Vitaminas		
Folic Acid (1mg tableta)	2	
Cyanocobalamin (1000mcg/ml ampolleta)	2	
Ergocalciferol (50000mcg cápsula)	2	
Disfunción Eréctil		
Sildenafil (25mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (50mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días
Sildenafil (100mg tableta)	2	Máximo de 4 tabletas cada 30 días

Información necesaria

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.

本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊封面的號碼致電我們的客戶服務部。

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: **1-866-870-9604**, TTY **711**

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



myAARPMedicare.com