

# LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (FORMULARIO) 2019



## Información sobre la lista de medicamentos con receta

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)  
UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO SNP)

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



Llamada gratuita: **1-866-944-4983, TTY 711**

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



**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**



# ÍNDICE

¿Qué es una Lista de Medicamentos?.....	3
Nota para los miembros actuales:.....	3
¿Cómo uso la Lista de Medicamentos?.....	4
¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	4
¿Qué es un medicamento compuesto?.....	4
Niveles y etapas de pago de los 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 conseguir una excepción?.....	8
¿Puedo obtener mi medicamento mientras espero una excepción?.....	9
¿La Lista de Medicamentos puede cambiar?.....	10
Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes.....	12
Medicamentos cubiertos listados por nombre <b>(Índice de medicamentos)</b> .....	13
Medicamentos cubiertos listados por condición médica.....	30
Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL).....	98

## ¿Preguntas?

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



Llamada gratuita: **1-866-944-4983**, TTY **711**

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

## ¿Qué es una Lista de Medicamentos?

Una Lista de Medicamentos, o Formulario, es una lista de los medicamentos con receta que cubre su plan. Su plan y un equipo de proveedores de cuidado de la salud colaboran conjuntamente para seleccionar los medicamentos que son necesarios a fin de que el tratamiento y el cuidado de la salud que recibe sean 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 la Evidencia de Cobertura.

### **Nota para los miembros actuales:**

Esta lista **completa** de los medicamentos con receta que cubre su plan está actualizada con fecha 1 de septiembre de 2018.

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

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

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta Lista de Medicamentos, se refieren a UnitedHealthcare. Cuando dice “el plan”, “nuestro plan” o “su plan”, se refiere a UnitedHealthcare Dual Complete.

## ¿Cómo uso 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 13–29. Busque el nombre de su medicamento. Al lado del medicamento está el número de página donde se encuentra.
- 2. Por condición médica.** Para buscar los medicamentos para sus condiciones médicas, consulte la sección “Medicamentos cubiertos listados por condición médica” en las páginas 30–97. Por ejemplo, si usted tiene una condición cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes Cardiovasculares. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las condiciones cardíacas.



### ¿No puede encontrar su medicamento?

Para consultar la Lista de Medicamentos completa, visite el sitio web de nuestro plan en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.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 tanto medicamentos genéricos como de marca.

Hable con su médico para saber si alguno de los medicamentos de marca que usted toma tiene versiones genéricas.

En la Lista de Medicamentos, los medicamentos de **marca** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos 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. Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto sea cubierto, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. 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 la Evidencia de Cobertura.

## Niveles y etapas de pago de los medicamentos

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

- **La etapa de cobertura de medicamentos en que usted se encuentre.** El 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.** El plan tiene 1 nivel llamado “Medicamentos Cubiertos”. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel. El cuadro de abajo indica el costo compartido.

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

Nivel del Medicamento	Costo Compartido
Nivel 1 “Medicamentos Cubiertos”	Coseguro del 25 %

## Programa Ayuda Adicional

Si cumple los requisitos para recibir el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, es posible que los copagos y coseguros sean más bajos. Los miembros que cumplen los requisitos del programa Ayuda Adicional recibirán la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy Rider, LIS Rider) a la Evidencia de Cobertura”. Léala para saber sus costos. También puede comunicarse con Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

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

Sí, es posible que algunos medicamentos tengan reglas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. Si su medicamento tiene reglas de cobertura o límites, habrá códigos en la columna “Reglas de cobertura o límites de uso” del cuadro “Medicamentos cubiertos listados por condición médica” que comienza en la página 30. 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 nuestras restricciones con respecto a la preautorización y la terapia escalonada. Si quiere que le enviemos una copia, llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

### **Reglas y Límites de la Cobertura**

---

#### **PA = Preautorización**

El plan le exige a usted o a su médico que obtenga la preaprobación correspondiente 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 correctamente para una condición médica cubierta por Medicare. Si no obtiene la aprobación, 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 receta una cantidad mayor que esta o piensa 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 el medicamento que usted quiere. Si ya probó otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra este 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 (FDA) 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) y está diseñado para monitorear los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o piensa que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra la cantidad adicional.

### **7D = Límite de 7 días**

Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin antecedentes recientes 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 antecedentes recientes de uso de opiáceos, el límite podría anularse si la farmacia se comunica con el plan.

### **DL = Límite de suministro**

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

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 conseguir una excepción?” en la página 8 o consulte la Evidencia de Cobertura.

Si no obtiene la 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.

## ¿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 lo cubramos. Llame a Servicio al Cliente para preguntar si está cubierto. O visite [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com) para buscarlo por Internet. La información se actualiza con frecuencia.

Si se entera de que su medicamento no está cubierto, puede hacer 1 de estas cosas:

1. **Pedir a Servicio al Cliente 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 conseguir 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.

Es posible que el plan apruebe su solicitud de excepción si los otros medicamentos 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 por teléfono a Servicio al Cliente. Su médico debe darnos una declaración de respaldo con el motivo de la excepción.

### ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Una vez que recibamos la declaración de su médico en respaldo de su solicitud de una excepción, le daremos una decisión en un plazo no mayor de 72 horas. Usted puede solicitar una decisión rápida si usted o su médico creen que su salud podría correr un grave peligro si se esperan 72 horas. Si se aprueba su solicitud rápida, le daremos 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 o si el medicamento tiene reglas o límites. Por ejemplo, tal vez requiera preautorización de nuestra parte antes de surtir su receta. Mientras recibe el suministro temporal del medicamento, hable con su médico para determinar si existe un medicamento similar en la Lista de Medicamentos del plan que usted pueda tomar. Si usted y su médico deciden que este es el único medicamento que le servirá a usted, entonces deberá solicitar una excepción. Es posible que el plan cubra un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía.

El siguiente cuadro indica qué cantidad de su medicamento podemos cubrir mientras usted pide una excepción:

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

La receta se debe surtir en una farmacia de la red. Si su receta es por menos días, permitiremos resurtidos que proporcionen un suministro de al menos el número de días indicado en el cuadro de arriba. (Tenga en cuenta que 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 de emergencia, no pagaremos más su medicamento a menos que usted reciba la autorización del plan.

## ¿La Lista de Medicamentos puede cambiar?

Tratamos de cambiar lo menos posible la Lista de Medicamentos durante el año del plan. Ocasionalmente, es posible que necesitemos hacer cambios por razones de seguridad o de otra índole.

La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año si el plan:

- Agrega nuevos medicamentos a medida que salen al mercado, incluso si se trata de medicamentos genéricos.
- Elimina un medicamento de la lista porque se determina que no es eficaz o seguro.
- Cambia los requisitos o límites de un medicamento.

### **Si agregamos nuevos medicamentos genéricos**

---

Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos, si decidimos reemplazarlo por un medicamento genérico nuevo que aparecerá 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 agregaremos nuevas restricciones. Si usted 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.

Si hacemos dicho cambio, 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 lo que puede hacer para solicitar una excepción; usted además puede buscar información en la sección “¿Cómo puedo conseguir una excepción?” en la página 8.

### **Si quitamos un medicamento de la lista**

---

Por lo general, si usted está tomando un medicamento de esta Lista de Medicamentos que estuvo cubierto al principio del año, no lo quitaremos ni reduciremos su cobertura durante el año. Si usted está tomando un medicamento que se quita de la lista porque aparece una versión genérica, le avisaremos. 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, lo quitaremos inmediatamente de la Lista de Medicamentos.

### **Si cambiamos las reglas de cobertura o los límites**

---

Si agregamos el requisito de preaprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, le avisaremos. Para averiguar si su medicamento tiene alguna regla o límite, consulte el cuadro de las páginas 98-121.

## **Si hay algún cambio, le avisaremos**

---

Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de Medicamentos durante el año del plan, incluiremos información actualizada en la Explicación de Beneficios de la Parte D (Part D Explanation of Benefits, Part D EOB). Si se produce algún cambio en nuestra Lista de Medicamentos, le avisaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando usted solicite un resurtido del medicamento. Si usted se entera cuando solicita un resurtido, recibirá un suministro de al menos 30 días del medicamento para que tenga tiempo de hablar con su médico. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos que cubre su plan, llame a Servicio al Cliente o visite **[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)** para encontrar esa información en Internet.

## **Medicamentos con dosis diferentes a 1 mes**

### **Medicamentos envasados con un suministro extendido de días**

---

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

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

---

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

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

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

## **Para obtener más información**

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

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de medicamentos con receta de su plan, estamos a su disposición para ayudarle. Llame gratis a Servicio al Cliente al **1-866-944-4983**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. O visítenos en Internet en **[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**.

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

## Medicamentos cubiertos listados por nombre (Índice de medicamentos)

A					
Abacavir.....	56	Albenza.....	51	Aminosyn-PF.....	73
Abacavir Sulfate/Lamivudine/ Zidovudine.....	56	Albuterol Sulfate.....	94	Aminosyn-RF.....	73
Abacavir/Lamivudine.....	56	Alclometasone Dipropionate .....	79	Amiodarone HCl.....	63
Abelcet.....	46	Alcohol Prep Pads.....	90	Amitiza.....	77
Abilify Maintena.....	53	Alecensa.....	50	Amitriptyline HCl.....	45
Abstral.....	32	Alendronate Sodium.....	90	Amlodipine Besylate.....	64
Acamprosate Calcium DR.....	34	Alfuzosin HCl ER.....	79	Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium.....	65
Acarbose.....	58	Alinia.....	51	Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl.....	65
Acebutolol HCl.....	63	Allopurinol.....	48	Amlodipine Besylate/Valsartan .....	65
Acetaminophen/Codeine.....	32	Alocril.....	91	Amlodipine/Olmesartan Medoxomil.....	65
Acetazolamide.....	67	Alomide.....	91	Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide.....	65
Acetazolamide ER.....	67	Alosetron HCl.....	77	Ammonium Lactate.....	71
Acetic Acid.....	93	Alphagan P.....	91	Amoxapine.....	45
Acetylcysteine.....	96	Alprazolam.....	58	Amoxicillin.....	37
Acitretin.....	71	Altavera.....	82	Amoxicillin/Clavulanate Potassium.....	38
Actemra.....	88	Alunbrig.....	50	Amoxicillin/Clavulanate Potassium ER.....	38
ActHIB.....	88	Alyacen 1/35.....	82	Amphetamine/ Dextroamphetamine.....	69
Actimmune.....	88	Amantadine HCl.....	52	Amphotericin B.....	46
Acyclovir.....	55	AmBisome.....	46	Ampicillin.....	38
Acyclovir Sodium.....	55	Amethia.....	82	Ampicillin Sodium.....	38
Adacel.....	88	Amethia Lo.....	82	Ampicillin-Sulbactam.....	38
Adapalene.....	71	Amikacin Sulfate.....	35	Ampyra.....	71
Adcirca.....	95	Amiloride HCl.....	67	Anadrol-50.....	82
Adefovir Dipivoxil.....	55	Amiloride/Hydrochlorothiazide .....	65	Anagrelide HCl.....	61
Adempas.....	95	Aminosyn 7%/Electrolytes....	73	Anastrozole.....	50
Advair Diskus.....	96	Aminosyn 8.5%/Electrolytes .....	73	Androderm.....	82
Advair HFA.....	96	Aminosyn II.....	73		
Afeditab CR.....	64	Aminosyn II 8.5%/Electrolytes .....	73		
Afinitor.....	50	Aminosyn-HBC.....	73		
Afinitor Disperz.....	50				
Ala-Cort.....	79				

Anoro Ellipta.....	96	Aviane.....	82	Bethanechol Chloride.....	79	
Apokyn.....	52	Avonex.....	71	Bethkis.....	95	
Apraclonidine.....	91	Avonex Pen.....	71	Betimol.....	91	
Aprepitant.....	46	Azasite.....	38	Bevespi Aerosphere.....	96	
Apri.....	82	Azathioprine.....	87	Bexarotene.....	51	
Apriso.....	89	Azelastine HCl.....	91, 93	Bexsero.....	88	
Aptiom.....	42	Azithromycin.....	39	Bicalutamide.....	49	
Aptivus.....	57	Azopt.....	91	Bicillin C-R.....	38	
Aralast NP.....	78	Aztreonam.....	37	Bicillin L-A.....	38	
Aranelle.....	82	<b>B</b>			BiDil.....	65
Aranesp Albumin Free.....	61	Bacitracin.....	35	Biktarvy.....	56	
Arcalyst.....	88	Bacitracin/Polymyxin B.....	90	Biltricide.....	51	
Aripiprazole.....	53	Baclofen.....	96	Binosto.....	90	
Aripiprazole ODT.....	53	Bactocill in Dextrose.....	38	Bisoprolol Fumarate.....	63	
Aristada.....	53	Bactroban Nasal.....	35	Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide.....	65	
Arnuity Ellipta.....	93	Balsalazide Disodium.....	89	BIVIGAM.....	88	
Ashlyna.....	82	Balziva.....	82	Blephamide.....	90	
Aspirin/Dipyridamole.....	62	Banzel.....	42	Blephamide S.O.P.....	90	
Atazanavir Sulfate.....	57	Baraclude.....	55	Blisovi 24 Fe.....	82	
Atenolol.....	63	BCG Vaccine.....	88	Blisovi Fe 1.5/30.....	82	
Atenolol/Chlorthalidone.....	65	Belsomra.....	96	Blisovi Fe 1/20.....	82	
Atomoxetine.....	70	Benazepril HCl.....	63	Boostrix.....	88	
Atorvastatin Calcium.....	68	Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide.....	65	Bosulif.....	50	
Atovaquone.....	51	Benlysta.....	88	Breo Ellipta.....	96	
Atovaquone/Proguanil HCl.....	51	Benznidazole.....	51	Briellyn.....	82	
Atripla.....	56	Benztropine Mesylate.....	52	Brilinta.....	62	
Atropine Sulfate.....	90	Bepreve.....	91	Brimonidine Tartrate.....	91	
Atrovent HFA.....	94	Berinert.....	87	Briviact.....	41	
Aubagio.....	71	Besivance.....	39	Bromocriptine Mesylate.....	52	
Aubra.....	82	Betamethasone Dipropionate	79	Budesonide.....	89, 93	
Augmented Betamethasone Dipropionate.....	79	.....	79	Budesonide ER.....	89	
Auryxia.....	76	Betamethasone Valerate.....	79	Bumetanide.....	67	
Avandia.....	58	Betaseron.....	71	Buprenorphine HCl.....	34	
		Betaxolol HCl.....	63, 91			

Buprenorphine HCl/Naloxone HCl.....	34	Carbaglu.....	73	Cesamet.....	46
Bupropion HCl.....	44	Carbamazepine.....	42	Cetirizine HCl.....	93
Bupropion HCl SR.....	34, 44	Carbamazepine ER.....	43	Chantix.....	34
Bupropion HCl XL.....	44	Carbidopa.....	52	Chantix Continuing Month Pak .....	34
Buspiron HCl.....	58	Carbidopa/Levodopa.....	52	Chantix Starting Month Pak...34	
Butalbital/Acetaminophen/ Caffeine.....	30	Carbidopa/Levodopa ER.....	52	Chemet.....	75
Butalbital/Aspirin/Caffeine....	30	Carbidopa/Levodopa ODT....	52	Chenodal.....	76
Butorphanol Tartrate.....	32	Carbidopa/Levodopa/ Entacapone.....	52	Chlordiazepoxide HCl.....	58
Bydureon Bcise.....	58	Carimune Nanofiltered.....	88	Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse.....	71
Bydureon Pen.....	58	Carteolol HCl.....	91	Chloroquine Phosphate.....	51
Bydureon Vial.....	58	Cartia XT.....	64	Chlorothiazide.....	67
Byetta.....	58	Carvedilol.....	63	Chlorpromazine HCl.....	53
Bystolic.....	63	Caspopungin Acetate.....	46	Chlorthalidone.....	67
<b>C</b>		Cayston.....	95	Chlorzoxazone.....	96
Cabergoline.....	86	Caziant.....	82	Cholbam.....	78
Cabometyx.....	50	Cefaclor.....	36	Cholestyramine.....	68
Calcipotriene.....	72	Cefadroxil.....	36	Cholestyramine Light.....	68
Calcitonin-Salmon.....	90	Cefazolin Sodium.....	36	Ciclopirox.....	46
Calcitriol.....	72, 90	Cefdinir.....	36	Ciclopirox Nail Lacquer.....	46
Calcium Acetate.....	76	Cefepime.....	36	Ciclopirox Olamine.....	46
Calquence.....	50	Cefixime.....	36	Cilostazol.....	62
Camila.....	85	Cefotaxime Sodium.....	36	Ciloxan.....	39
Camrese Lo.....	82	Cefotetan.....	36	Cimetidine.....	76
Canasa.....	89	Cefoxitin Sodium.....	36	Cimetidine HCl.....	76
Candesartan Cilexetil.....	62	Cefpodoxime Proxetil.....	37	Cimzia.....	87
Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide.....	65	Cefprozil.....	37	Cinryze.....	87
Caprelsa.....	50	Ceftazidime.....	37	Cipro HC.....	93
Captopril.....	63	Ceftriaxone Sodium.....	37	Ciprodex.....	93
Captopril/Hydrochlorothiazide .....	65	Cefuroxime Axetil.....	37	Ciprofloxacin.....	39
Carac.....	72	Cefuroxime Sodium.....	37	Ciprofloxacin ER.....	39
Carafate.....	77	Celecoxib.....	30	Ciprofloxacin HCl.....	39
		Celontin.....	41	Ciprofloxacin I.V. in D5W.....	39
		Cephalexin.....	37	Citalopram HBr.....	44



Claravis.....	72	Combivent Respimat.....	96	Dalvance.....	35
Clarithromycin.....	39	Cometriq.....	50	Danazol.....	82
Clarithromycin ER.....	39	Complera.....	56	Dantrolene Sodium.....	96
Climara Pro.....	82	Compro.....	46	Dapsone.....	48
Clindamycin HCl.....	35	Constulose.....	77	Daptacel.....	88
Clindamycin Palmitate HCl....	35	Cordran.....	79	Daptomycin.....	35
Clindamycin Phosphate...35, 72		Corlanor.....	65	DARAPRIM.....	51
Clindamycin Phosphate in D5W		Cortisone Acetate.....	79	Deblitane.....	85
.....	35	Cortisporin.....	72	Delyla.....	82
Clindamycin/Benzoyl Peroxide		Cosentyx.....	72	Demeclocycline HCl.....	40
.....	72	Cosentyx Sensoready Pen....	72	Demser.....	65
Clobetasol Propionate.....	79	Cosopt PF.....	91	Denavir.....	55
Clobetasol Propionate E.....	79	Cotellic.....	50	Depen Titratabs.....	79
Clomipramine HCl.....	45	Coumadin.....	60	Depo-Estradiol.....	82
Clonazepam.....	58	Creon.....	78	Depo-Provera.....	85
Clonazepam ODT.....	58	Crinone.....	85	Descovy.....	56
Clonidine HCl.....	62	Crixivan.....	57	Desipramine HCl.....	45
Clonidine HCl ER.....	70	Cromolyn Sodium.....	76, 91, 95	Desmopressin Acetate.....	81
Clopidogrel.....	62	Cryselle-28.....	82	Desogestrel/Ethinyl Estradiol	
Clorazepate Dipotassium.....	58	Cuprimine.....	79	.....	82
Clotrimazole.....	47	Cuvposa.....	76	Desonide.....	79
Clotrimazole/Betamethasone		Cyclafem.....	82	Desoximetasone.....	80
Dipropionate.....	72	Cyclobenzaprine HCl.....	96	Desvenlafaxine ER.....	44
Clozapine.....	54	Cyclophosphamide.....	49	Dexamethasone.....	80
Clozapine ODT.....	54	Cycloset.....	59	Dexamethasone Intensol.....	80
Coartem.....	51	Cyclosporine.....	87	Dexamethasone Sodium	
Codeine Sulfate.....	32	Cyclosporine Modified.....	87	Phosphate.....	92
Colchicine.....	48	Cyproheptadine HCl.....	93	Dexilant.....	77
Colcrys.....	48	Cystadane.....	78	Dexmethylphenidate HCl.....	70
Colesevelam HCl.....	68	Cystagon.....	78	Dexmethylphenidate HCl ER	
Colestipol HCl.....	68	Cystaran.....	90	.....	70
Colistimethate Sodium.....	35			Dextroamphetamine Sulfate	
Colocort.....	89			.....	69
Coly-Mycin S.....	93			Dextroamphetamine Sulfate ER	
Combigan.....	91			.....	70

**D**



Dextrose 10%.....	73	Diphenoxylate/Atropine.....	76	<b>E</b>	
Dextrose 10%/NaCl 0.2%.....	73	Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric.....	88	E.E.S. Granules.....	39
Dextrose 10%/NaCl 0.45%....	73	Disulfiram.....	34	Econazole Nitrate.....	47
Dextrose 2.5%/NaCl 0.45%... 73		Diuril.....	67	Edarbi.....	62
Dextrose 5%.....	73	Divalproex Sodium.....	58	Edarbyclor.....	66
Dextrose 5%/NaCl 0.2%.....	73	Divalproex Sodium DR.....	58	Edurant.....	56
Dextrose 5%/NaCl 0.225%....	73	Divalproex Sodium ER.....	58	Efavirenz.....	56
Dextrose 5%/NaCl 0.33%.....	73	Dofetilide.....	63	Egrifta.....	86
Dextrose 5%/NaCl 0.45%.....	73	Donepezil HCl.....	43	Elestrin.....	82
Dextrose 5%/NaCl 0.9%.....	73	Donepezil HCl ODT.....	43	Elidel.....	72
Diastat AcuDial.....	41	Doripenem.....	37	Eliquis.....	60
Diastat Pediatric.....	41	Dorzolamide HCl.....	92	Eliquis Starter Pack.....	60
Diazepam.....	58	Dorzolamide HCl/Timolol Maleate.....	92	Elmiron.....	79
Diazepam Intensol.....	58	Doxazosin Mesylate.....	62	Embeda.....	31
Diclofenac Potassium.....	30	Doxepin HCl.....	45, 72	Emcyt.....	49
Diclofenac Sodium....	30, 72, 92	Doxercalciferol.....	90	Emend.....	46
Diclofenac Sodium DR.....	30	Doxy 100.....	40	Emoquette.....	82
Diclofenac Sodium ER.....	30	Doxycycline.....	40	Emsam.....	44
Dicloxacillin Sodium.....	38	Doxycycline Hyclate.....	40	Emtriva.....	56
Dicyclomine HCl.....	76	Doxycycline Monohydrate....	40	Enalapril Maleate.....	63
Didanosine.....	56	Dronabinol.....	46	Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide.....	66
Dificid.....	39	Drospirenone/Ethinyl Estradiol .....	82	Enbrel.....	87
Diflunisal.....	30	Droxia.....	49	Enbrel SureClick.....	87
Digitek.....	65	Duavee.....	82	Endocet.....	32
Digox.....	65	Dulera.....	96	Engerix-B.....	88
Digoxin.....	65, 66	Duloxetine HCl.....	71	Enoxaparin Sodium.....	60
Dihydroergotamine Mesylate .....	48	Duramorph.....	32	Enpresse-28.....	82
Dilantin.....	43	Durezol.....	92	Enskyce.....	82
Dilantin INFATABS.....	43	Dutasteride.....	79	Entacapone.....	52
Dilt-XR.....	64	Dymista.....	96	Entecavir.....	55
Diltiazem HCl.....	64	Dyrenium.....	67	Entresto.....	66
Diltiazem HCl ER.....	64			Enulose.....	77
Dipentum.....	89			Epclusa.....	55

Epinastine HCl.....	91	Ethinodiol Diacetate/Ethinyl	79
Epinephrine.....	94	Estradiol.....	83
EpiPen.....	94	Etidronate Disodium.....	90
Epitol.....	43	Etodolac.....	30
Epivir HBV.....	55	Etodolac ER.....	30
Eplerenone.....	67	Eurax.....	52
Eprosartan Mesylate.....	62	Evotaz.....	57
Eraxis.....	47	Exelderm.....	47
Ergotamine Tartrate/Caffeine		Exemestane.....	50
.....	48	Exjade.....	75
Erivedge.....	50	Ezetimibe.....	68
Erleada.....	49	Ezetimibe/Simvastatin.....	68
Errin.....	85	<b>F</b>	
Ery.....	72	Falmina.....	83
Ery-Tab.....	39	Famciclovir.....	55
EryPed 200.....	39	Famotidine.....	77
EryPed 400.....	39	Fanapt.....	53
Erythrocin Lactobionate.....	39	Fanapt Titration Pack.....	53
Erythromycin.....	39, 72	Fareston.....	49
Erythromycin Base.....	39	Farydak.....	50
Erythromycin Ethylsuccinate		Felbamate.....	42
.....	39	Felodipine ER.....	64
Erythromycin/Benzoyl Peroxide		Femring.....	83
.....	72	Femynor.....	83
Esbriet.....	96	Fenofibrate.....	67
Escitalopram Oxalate.....	44	Fenofibrate Micronized.....	67
Esomeprazole Magnesium....	77	Fenofibric Acid.....	67
Estarylla.....	82	Fenofibric Acid DR.....	68
Estradiol.....	83	Fentanyl.....	31
Estradiol Valerate.....	83	Fentanyl Citrate Oral	
Estring.....	83	Transmucosal.....	32
Ethacrynic Acid.....	67	Ferriprox.....	75
Ethambutol HCl.....	49	Fetzima.....	44
Ethosuximide.....	41	Fetzima Titration Pack.....	44
		Finacea.....	72
		Finasteride.....	79
		Firazyr.....	87
		Firmagon.....	86
		Flarex.....	92
		Flebogamma DIF.....	88
		Flecainide Acetate.....	63
		Flector.....	30
		Flovent Diskus.....	93
		Flovent HFA.....	93
		Fluconazole.....	47
		Fluconazole in NaCl.....	47
		Flucytosine.....	47
		Fludrocortisone Acetate.....	80
		Flunisolide.....	93
		Fluocinolone Acetonide...80, 93	
		Fluocinolone Acetonide Scalp	
		.....	80
		Fluocinonide.....	80
		Fluocinonide Emulsified Base	
		.....	80
		Fluorometholone.....	92
		Fluorouracil.....	72
		Fluoxetine DR.....	44
		Fluoxetine HCl.....	45
		Fluphenazine Decanoate.....	53
		Fluphenazine HCl.....	53
		Flurbiprofen.....	30
		Flurbiprofen Sodium.....	92
		Flutamide.....	49
		Fluticasone Propionate....80, 93	
		Fluticasone Propionate/ Salmeterol.....	96
		Fluvastatin.....	68
		Fluvoxamine Maleate.....	45
		FML.....	92

FML Forte.....	92	Gentamicin Sulfate.....	35	HepatAmine.....	73
Fondaparinux Sodium.....	61	Gentamicin Sulfate/0.9% Sodium Chloride.....	35	Hetlioz.....	96
Forteo.....	90	Genvoya.....	55	Hexalen.....	49
Fosamprenavir Calcium.....	57	Geodon.....	53	Hiberix.....	88
Fosinopril Sodium.....	63	Gianvi.....	83	Humalog Cartridge.....	60
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide.....	66	Gilenya.....	71	Humalog Junior KwikPen.....	60
FreAmine HBC 6.9%.....	73	Gilotrif.....	50	Humalog KwikPen.....	60
Furosemide.....	67	Glassia.....	78	Humalog Mix 50/50 KwikPen .....	60
Fuzeon.....	57	Glatiramer Acetate.....	71	Humalog Mix 50/50 Vial.....	60
Fyavolv.....	83	Glatopa.....	71	Humalog Mix 75/25 KwikPen .....	60
Fycompa.....	42	Gleostine.....	49	Humalog Mix 75/25 Vial.....	60
<b>G</b>					
Gabapentin.....	41	Glimepiride.....	59	Humalog Vial.....	60
Galantamine HBr.....	43	Glipizide.....	59	Humatrope.....	81
Galantamine HBr ER.....	43	Glipizide ER.....	59	Humatrope Combo Pack.....	81
Gammagard Liquid.....	88	Glipizide/Metformin HCl.....	59	Humira.....	87
Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml.....	88	GlucaGen HypoKit.....	60	Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack.....	87
Gammaked.....	88	Glucagon Emergency Kit.....	60	Humira Pen.....	87
Gammaplex.....	88	Glyxambi.....	59	Humira Pen Crohns Disease Starter Pack.....	87
Gamunex-C.....	88	Granisetron HCl.....	46	Humira Pen-Psoriasis Starter .....	87
Gardasil 9.....	88	Granix.....	61	Humulin 70/30 KwikPen.....	60
Gatifloxacin.....	40	Griseofulvin Microsize.....	47	Humulin 70/30 Vial.....	60
Gattex.....	76	Griseofulvin Ultramicrosize....	47	Humulin N KwikPen.....	60
Gauze.....	90	Guanfacine ER.....	70	Humulin N Vial.....	60
GaviLyte-C.....	77	Guanidine HCl.....	48	Humulin R U-500 KwikPen.....	60
GaviLyte-G.....	77	<b>H</b>			
GaviLyte-N/Flavor Pack.....	77	Haegarda.....	87	Humulin R U-500 Vial.....	60
Gemfibrozil.....	68	Halobetasol Propionate.....	80	Humulin R Vial.....	60
Generlac.....	77	Haloperidol.....	53	Hydralazine HCl.....	68
Gengraf.....	87	Haloperidol Decanoate.....	53	Hydrochlorothiazide.....	67
Genotropin.....	81	Haloperidol Lactate.....	53	Hydrocodone/Acetaminophen .....	33
Genotropin Miniquick.....	81	Harvoni.....	55	Hydrocodone/Ibuprofen.....	33
Gentak.....	35	Havrix.....	88		
		Heparin Sodium.....	61		

Hydrocortisone.....	80, 89	Intelence.....	56	<b>J</b>	
Hydrocortisone Butyrate.....	80	Intralipid.....	73	Jadenu.....	75
Hydrocortisone Valerate.....	80	Intron A.....	55	Jadenu Sprinkle.....	75
Hydrocortisone/Acetic Acid .....	93	Introvale.....	83	Jakafi.....	50
Hydromorphone HCl.....	33	Invanz.....	37	Jantoven.....	61
Hydromorphone HCl ER.....	31	Invega Sustenna.....	53	Janumet.....	59
Hydroxychloroquine Sulfate .....	51	Invega Trinza.....	53	Janumet XR.....	59
Hydroxyurea.....	49	Invirase.....	57	Januvia.....	59
Hydroxyzine HCl.....	58	Invokamet.....	59	Jardiance.....	59
Hydroxyzine Pamoate.....	46	Invokamet XR.....	59	Jentadueto.....	59
Hysingla ER.....	31	Invokana.....	59	Jentadueto XR.....	59
<b>I</b>		Ionosol-MB/Dextrose 5%.....	73	Jinteli.....	83
Ibandronate Sodium.....	90	IPOL Inactivated IPV.....	88	Jolivette.....	85
Ibrance.....	50	Ipratropium Bromide.....	94	Jublia.....	47
Ibu.....	30	Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate.....	96	Juleber.....	83
Ibuprofen.....	30	Irbesartan.....	62	Juluca.....	56
Iclusig.....	50	Irbesartan/Hydrochlorothiazide .....	66	Junel 1.5/30.....	83
Idhifa.....	50	Iressa.....	50	Junel 1/20.....	83
Ilevro.....	92	Isentress.....	55	Junel Fe 1.5/30.....	83
Imatinib Mesylate.....	50	Isentress HD.....	55	Junel Fe 1/20.....	83
Imbruvica.....	50	Isibloom.....	83	Junel Fe 24.....	83
Imipenem/Cilastatin.....	37	Isolyte-P/Dextrose 5%.....	73	Juxtapid.....	68
Imipramine HCl.....	45	Isolyte-S.....	73	<b>K</b>	
Imipramine Pamoate.....	45	Isoniazid.....	49	Kaitlib Fe.....	83
Imiquimod.....	72	Isosorbide Dinitrate.....	68	Kaletra.....	57
Imovax Rabies.....	88	Isosorbide Dinitrate ER.....	68	Kalydeco.....	95
Increlex.....	81	Isosorbide Mononitrate.....	68	Kariva.....	83
Incruse Ellipta.....	94	Isosorbide Mononitrate ER....	69	KCl 0.075%/D5W/NaCl 0.45% .....	73
Indapamide.....	67	Isotonic Gentamicin.....	35	KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.2% .....	73
Indomethacin.....	31	Isotretinoin.....	72	KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.45% .....	74
Infanrix.....	88	Itraconazole.....	47	KCl 0.15%/D5W/NaCl 0.9% .....	74
Inlyta.....	50	Ivermectin.....	51		
Insulin Syringes, Needles.....	90	Ixiaro.....	88		

KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45% .....	74	Lamotrigine.....	42	Levofloxacin in D5W.....	40
KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9%....	74	Lanoxin.....	66	Levonest.....	83
Kelnor 1/35.....	83	Lansoprazole.....	77	Levonorgestrel and Ethinyl Estradiol.....	83
Kelnor 1/50.....	83	Lanthanum Carbonate.....	76	Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol.....	84
Ketoconazole.....	47	Lantus SoloStar.....	60	Levora 0.15/30-28.....	84
Ketoprofen.....	31	Lantus Vial.....	60	Levorphanol Tartrate.....	31
Ketorolac Tromethamine.....	92	LARIN 1.5/30.....	83	Levothyroxine Sodium.....	86
Kimidess.....	83	LARIN 1/20.....	83	Levoxyl.....	86
Kineret.....	87	LARIN Fe 1.5/30.....	83	Lexiva.....	57
Kinrix.....	88	LARIN Fe 1/20.....	83	Lialda.....	89
Kionex.....	76	Larissia.....	83	Lidocaine.....	34
Kisqali.....	49	Lastacraft.....	90	Lidocaine HCl.....	34
Kisqali Femara 200 Dose.....	49	Latanoprost.....	92	Lidocaine Viscous.....	34
Kisqali Femara 400 Dose.....	49	Latuda.....	53	Lidocaine/Prilocaine.....	34
Kisqali Femara 600 Dose.....	50	Layolis Fe.....	83	Lindane.....	52
Klor-Con.....	74	Leena.....	83	Linezolid.....	35
Klor-Con 10.....	74	Leflunomide.....	88	Linzess.....	77
Klor-Con 8.....	74	Lenvima.....	50	Liothyronine Sodium.....	86
Klor-Con M10.....	74	Lessina.....	83	Lisinopril.....	63
Klor-Con M15.....	74	Letrozole.....	50	Lisinopril/Hydrochlorothiazide .....	66
Klor-Con M20.....	74	Leucovorin Calcium.....	50	Lithium.....	58
Klor-Con Sprinkle.....	74	Leukeran.....	49	Lithium Carbonate.....	58
Kombiglyze XR.....	59	Leukine.....	61	Lithium Carbonate ER.....	58
Korlym.....	82	Leuprolide Acetate.....	86	Lithostat.....	79
Kurvelo.....	83	Levalbuterol.....	94	Livalo.....	68
Kuvan.....	78	Levemir FlexTouch.....	60	Lonsurf.....	50
Kynamro.....	68	Levemir Vial.....	60	Loperamide HCl.....	76
<b>L</b>		Levetiracetam.....	41	Lopinavir/Ritonavir.....	57
Labetalol HCl.....	63	Levetiracetam ER.....	41	Lorazepam.....	58
Lacrisert.....	90	Levobunolol HCl.....	92	Lorcet.....	33
Lactulose.....	77	Levocarnitine.....	74	Lorcet HD.....	33
Lamivudine.....	55, 56	Levocetirizine Dihydrochloride .....	93	Lorcet Plus.....	33
Lamivudine/Zidovudine.....	56	Levofloxacin.....	40		

Loryna.....	84	Memantine HCl ER.....	43	Metoclopramide HCl.....	46
Losartan Potassium.....	62	Memantine HCl Titration Pak		Metolazone.....	67
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide.....	66	.....	43	Metoprolol Succinate ER.....	63
Lotemax.....	92	Menactra.....	88	Metoprolol Tartrate.....	63
Lovastatin.....	68	Menest.....	84	Metoprolol/ Hydrochlorothiazide.....	66
Low-Ogestrel.....	84	Mentax.....	47	Metronidazole.....	35, 36
Loxapine Succinate.....	53	Menveo.....	88	Metronidazole in NaCl 0.79%	
Lumigan.....	92	Mercaptopurine.....	49	.....	36
Lupaneta Pack.....	86	Meropenem.....	37	Metronidazole Vaginal.....	36
Lupron Depot.....	86	Mesalamine.....	89	Mexiletine HCl.....	63
Lutera.....	84	Mesalamine DR.....	89	Mibelas 24 Fe.....	84
Lynparza.....	50	Mesnex.....	51	Miconazole 3.....	47
Lyrica.....	71	Mestinon.....	48	Microgestin 1.5/30.....	84
Lysodren.....	86	Metadate ER.....	70	Microgestin 1/20.....	84
Lyza.....	85	Metaproterenol Sulfate.....	94	Microgestin Fe.....	84
<b>M</b>				Microgestin Fe 1.5/30.....	84
M-M-R II.....	88	Metformin HCl.....	59	Microgestin Fe 1.5/30.....	84
Magnesium Sulfate.....	74	Metformin HCl ER.....	59	Midodrine HCl.....	62
Malathion.....	52	Methadone HCl.....	32	Migergot.....	48
Maprotiline HCl.....	45	Methazolamide.....	67	Miglitol.....	59
Marlissa.....	84	Methenamine Hippurate.....	35	Miglustat.....	78
Marplan.....	44	Methimazole.....	86	Mili.....	84
Matulane.....	49	Methotrexate.....	87	Minitran.....	69
Matzim LA.....	64	Methotrexate Sodium.....	87	Minocycline HCl.....	40, 41
Mavyret.....	55	Methoxsalen.....	72	Minoxidil.....	68
Meclizine HCl.....	46	Methscopolamine Bromide...	76	Mirtazapine.....	44
Medroxyprogesterone Acetate		Methyclothiazide.....	67	Mirtazapine ODT.....	44
.....	85	Methyldopa.....	62	Mirvaso.....	72
Mefloquine HCl.....	51	Methyldopa/ Hydrochlorothiazide.....	66	Misoprostol.....	77
Megestrol Acetate.....	85, 86	Methylphenidate HCl.....	70	Modafinil.....	97
Mekinist.....	50	Methylphenidate HCl ER.....	70	Moexipril HCl.....	63
Melodetta 24 Fe.....	84	Methylprednisolone.....	80	Moexipril/Hydrochlorothiazide	
Meloxicam.....	31	Methylprednisolone Dose Pack		.....	66
Memantine HCl.....	43	.....	80	Mometasone Furoate.....	80, 93
		Metipranolol.....	92	MonoNessa.....	84



Montelukast Sodium.....	94	Nefazodone HCl.....	45	Nitrofurantoin Monohydrate .....	36
Morphine Sulfate.....	33	Neomycin Sulfate.....	35	Nitroglycerin.....	69
Morphine Sulfate ER.....	32	Neomycin/Bacitracin/ Polymyxin.....	90	Nitroglycerin Lingual.....	69
Moxeza.....	40	Neomycin/Polymyxin/ Bacitracin/Hydrocortisone .....	90	Nitroglycerin Transdermal.....	69
Moxifloxacin HCl/Sodium HCl .....	40	Neomycin/Polymyxin/ Dexamethasone.....	90	Nitrostat.....	69
Moxifloxacin HCl.....	40	Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin.....	91	Nora-BE.....	86
Multaq.....	63	Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone.....	91, 93	Norditropin FlexPro.....	81
Mupirocin.....	36	Nephramine.....	74	Norethindrone.....	86
Myalept.....	76	Nerlynx.....	50	Norethindrone Acetate.....	86
Mycamine.....	47	Neulasta.....	61	Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol.....	84
Mycophenolate Mofetil.....	87	Neupogen.....	61	Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate .....	84
Mycophenolic Acid DR.....	87	Neupro.....	52	Norgestimate/Ethinyl Estradiol .....	84
Myrbetriq.....	78	Nevirapine.....	56	Norlyroc.....	86
<b>N</b>		Nexavar.....	50	Normosol-M in D5W.....	74
Nabumetone.....	31	Nexium.....	77, 78	Normosol-R.....	74
Nadolol.....	63	Niacin ER.....	68	Normosol-R in D5W.....	74
Nadolol/Bendroflumethiazide .....	66	Niacor.....	68	Northera.....	62
Nafcillin Sodium.....	38	Nicardipine HCl.....	64	Nortrel 0.5/35.....	84
Naftifine HCl.....	47	Nicotrol.....	34	Nortrel 1/35.....	84
Naftin.....	47	Nicotrol NS.....	34	Nortrel 7/7/7.....	84
Naloxone HCl.....	34	Nifedipine ER.....	64	Nortriptyline HCl.....	46
Naltrexone HCl.....	34	Nikki.....	84	Norvir.....	57
Namzaric.....	70	Nilutamide.....	49	Noxafil.....	47
Naproxen.....	31	Nimodipine.....	64	Nucala.....	96
Naproxen DR.....	31	Ninlaro.....	50	Nucynta ER.....	32
Naratriptan HCl.....	48	Nitro-Bid.....	69	Nuedexta.....	70
Narcan.....	34	Nitrofurantoin.....	36	Nuplazid.....	53
Natacyn.....	47	Nitrofurantoin Macrocrystals .....	36	Nutrilipid.....	74
Nateglinide.....	59				
Natpara.....	90				
Nebupent.....	51				
Necon 0.5/35-28.....	84				
Necon 7/7/7.....	84				

Nutropin AQ.....	81	Orfadin.....	78	PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl.....	77
NuvaRing.....	84	Orkambi.....	95	Peganone.....	43
Nyamyc.....	47	Orsythia.....	84	Pegasys.....	55
Nymalize.....	64	Oseltamivir Phosphate.....	57	Pegasys ProClick.....	55
Nystatin.....	47	Osphena.....	86	Penicillin G Potassium.....	38
Nystop.....	47	Otezla.....	88	Penicillin G Procaine.....	38
<b>O</b>		Oxacillin Sodium.....	38	Penicillin G Sodium.....	38
Ocaliva.....	78	Oxandrolone.....	82	Penicillin V Potassium.....	38
Ocella.....	84	Oxcarbazepine.....	43	Pentam 300.....	51
Octagam.....	88	Oxiconazole Nitrate.....	47	Pentasa.....	89
Octreotide Acetate.....	86	Oxistat.....	47	Pentoxifylline ER.....	66
Odefsey.....	56	Oxsoralen Ultra.....	72	Perforomist.....	94
Odomzo.....	51	Oxybutynin Chloride.....	78	Perindopril Erbumine.....	63
Ofev.....	96	Oxybutynin Chloride ER.....	79	Periogard.....	71
Ofloxacin.....	40	Oxycodone HCl.....	33	Permethrin.....	52
Ogestrel.....	84	Oxycodone/Acetaminophen .....	34	Perphenazine.....	46
Olanzapine.....	54	Oxycodone/Aspirin.....	34	Phenadoz.....	93
Olanzapine ODT.....	54	Oxycodone/Ibuprofen.....	34	Phenelzine Sulfate.....	44
Olmesartan Medoxomil.....	62	<b>P</b>		Phenobarbital.....	42
Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide.....	66	Pacerone.....	63	Phenoxybenzamine HCl.....	62
Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide.....	66	Paliperidone ER.....	54	Phenytek.....	43
Olopatadine HCl.....	91	Panretin.....	51	Phenytoin.....	43
Omega-3-Acid Ethyl Esters....	68	Pantoprazole Sodium.....	78	Phenytoin Sodium Extended .....	43
Omeprazole.....	78	Paricalcitol.....	90	Phoslyra.....	76
Ondansetron HCl.....	46	Paromomycin Sulfate.....	35	Phospholine Iodide.....	92
Ondansetron ODT.....	46	Paroxetine HCl.....	45	Picato.....	72
Onfi.....	41	Paser.....	49	Pilocarpine HCl.....	71, 92
Onglyza.....	59	Paxil.....	45	Pimozide.....	53
Opsumit.....	95	Pazeo.....	91	Pimtrea.....	84
Orencia.....	87	Pediarix.....	88	Pindolol.....	64
Orencia Clickject.....	87	Pedvax HIB.....	89	Pioglitazone HCl.....	59
Orenitram.....	95	PEG 3350/Electrolytes.....	77	Pioglitazone HCl/Glimepiride .....	59
		PEG-3350/Electrolytes.....	77		



Pioglitazone HCl/Metformin HCl.....	59	Pred-G.....	91	Progesterone.....	86
Piperacillin/Tazobactam.....	38	Pred-G S.O.P.....	91	Proglycem.....	60
Pirmella 1/35.....	84	Prednicarbate.....	80	Prolastin-C.....	78
Piroxicam.....	31	Prednisolone.....	80	Prolensa.....	92
Plasma-Lyte A.....	74	Prednisolone Acetate.....	92	Prolia.....	90
Plasma-Lyte-148.....	74	Prednisolone Sodium Phosphate.....	81, 92	Promacta.....	62
Plenamine.....	74	Prednisone.....	81	Promethazine HCl.....	93
Podofilox.....	72	Prednisone Intensol.....	81	Promethegan.....	93
Polyethylene Glycol 3350 Powder.....	77	Premarin.....	85	Propafenone HCl.....	63
Polymyxin B Sulfate.....	36	Premasol.....	75	Propafenone HCl ER.....	63
Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate.....	91	Premphase.....	85	Proparacaine HCl.....	91
Pomalyst.....	49	Prempro.....	85	Propranolol HCl.....	64
Portia-28.....	85	Prevalite.....	68	Propranolol HCl ER.....	64
Potassium Chloride.....	74	Previfem.....	85	Propranolol/ Hydrochlorothiazide.....	66
Potassium Chloride CR.....	74	Prezcobix.....	57	Propylthiouracil.....	87
Potassium Chloride ER.....	75	Prezista.....	57	ProQuad.....	89
Potassium Chloride/Dextrose .....	75	Priftin.....	49	Prosol.....	75
Potassium Chloride/Dextrose/ Lactated Ringers.....	75	Prilosec.....	78	Protriptyline HCl.....	46
Potassium Chloride/Dextrose/ Sodium Chloride.....	75	Primaquine Phosphate.....	51	Prudoxin.....	72
Potassium Chloride/Sodium Chloride.....	75	Primidone.....	42	Pulmozyme.....	96
Potassium Citrate ER.....	75	Privigen.....	88	Purixan.....	49
Pradaxa.....	61	ProAir HFA.....	94	Pyrazinamide.....	49
Praluent.....	68	ProAir RespiClick.....	94	Pyridostigmine Bromide.....	48
Pramipexole Dihydrochloride .....	52	Probenecid.....	48	Pyridostigmine Bromide ER .....	48
Prasugrel.....	62	Probenecid/Colchicine.....	48		
Pravastatin Sodium.....	68	Procalamine.....	75		
Prazosin HCl.....	62	Prochlorperazine.....	46		
Pred Mild.....	92	Prochlorperazine Maleate.....	46		
		Procrit.....	62		
		Procto-Med HC.....	89		
		Procto-Pak.....	89		
		Proctosol HC.....	89		
		Proctozone-HC.....	89		

**Q**

Quadracel.....	89
Quasense.....	85
Quetiapine Fumarate.....	54
Quetiapine Fumarate ER.....	54
Quinapril HCl.....	63
Quinapril/Hydrochlorothiazide .....	66
Quinidine Gluconate CR.....	63

Quinidine Sulfate.....	63	Reyataz.....	57	Sancuso.....	46
Quinine Sulfate.....	51	Ribasphere.....	55	Sandimmune.....	87
<b>R</b>					
Rabavert.....	89	Ribavirin.....	55	Santyl.....	72
Rabeprazole Sodium.....	78	Ridaura.....	88	Saphris.....	54
Raloxifene HCl.....	86	Rifabutin.....	48	Savella.....	71
Ramipril.....	63	Rifampin.....	49	Savella Titration Pack.....	71
Ranexa.....	66	Rifater.....	49	Scopolamine.....	46
Ranitidine HCl.....	77	Riluzole.....	70	Selegiline HCl.....	52
Rapaflo.....	79	Rimantadine HCl.....	57	Selenium Sulfide.....	72
Rapamune.....	87	Riomet.....	59	Selzentry.....	57
Rasagiline Mesylate.....	52	Risedronate Sodium.....	90	Sensipar.....	90
Ravicti.....	78	Risperdal Consta.....	54	Serevent Diskus.....	94
Royaldee.....	90	Risperidone.....	54	Serostim.....	76
Rebif.....	71	Risperidone ODT.....	54	Sertraline HCl.....	45
Rebif Rebidose.....	71	Ritonavir.....	57	Setlakin.....	85
Rebif Rebidose Titration Pack .....	71	Rivastigmine Tartrate.....	43	Sevelamer Carbonate.....	76
Rebif Titration Pack.....	71	Rivastigmine Transdermal System.....	43	Sharobel.....	86
Reclipsen.....	85	Rizatriptan Benzoate.....	48	Shingrix.....	89
Recombivax HB.....	89	Rizatriptan Benzoate ODT.....	48	Signifor.....	86
Regranex.....	72	Ropinirole HCl.....	52	Sildenafil.....	95
Relenza Diskhaler.....	57	Rosuvastatin Calcium.....	68	Silver Sulfadiazine.....	40
Relistor.....	76	Rotarix.....	89	Simbrinza.....	92
Repaglinide.....	59	RotaTeq.....	89	Simponi.....	87
Repaglinide/Metformin HCl .....	59	Roweepra.....	41	Simvastatin.....	68
Repatha.....	68	Roweepra XR.....	41	Sirolimus.....	87
Repatha Pushtronex System .....	68	Rozerem.....	97	Sirturo.....	49
Repatha SureClick.....	68	Rubraca.....	50	Sodium Chloride.....	75
Rescriptor.....	56	Ruconest.....	87	Sodium Chloride 0.9%.....	75
Restasis.....	91	Rydapt.....	51	Sodium Chloride 0.45%.....	75
Revlimid.....	49	<b>S</b>			
Rexulti.....	54	Sabril.....	42	Sodium Fluoride.....	75
		Saizen.....	81	Sodium Lactate.....	75
		Samsca.....	76	Sodium Phenylbutyrate.....	78
				Sodium Polystyrene Sulfonate .....	76



Theophylline CR.....	95	Travasol.....	75	Trivora-28.....	85
Theophylline ER.....	95	Travatan Z.....	92	Trophamine.....	75
Thioridazine HCl.....	53	Trazodone HCl.....	45	Trulicity.....	60
Thiothixene.....	53	Trecator.....	49	Trumenba.....	89
Tiagabine HCl.....	42	Trelegy Ellipta.....	96	Truvada.....	56
Tigecycline.....	36	Trelstar Mixject.....	86	Twinrix.....	89
Timolol Maleate.....	64, 92	Tresiba FlexTouch.....	60	Tybost.....	56
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming.....	92	Tretinoin.....	51, 73	Tykerb.....	51
Tinidazole.....	36	Tretinoin Microsphere.....	73	Tymlos.....	90
Tivicay.....	55, 56	Trexall.....	87	Typhim Vi.....	89
Tizanidine HCl.....	96	Trezix.....	34		
TOBI Podhaler.....	95	Tri-Legest Fe.....	85		
Tobradex.....	91	Tri-Lo-Estarylla.....	85	Uloric.....	48
Tobradex ST.....	91	Tri-Lo-Sprintec.....	85	Unithroid.....	86
Tobramycin.....	95	Tri-Mili.....	85	Ursodiol.....	76
Tobramycin Sulfate.....	35	Tri-Previfem.....	85		
Tobramycin/Dexamethasone .....	91	Tri-Sprintec.....	85		
Tobrex.....	35	Tri-Vylibra.....	85		
Tolcapone.....	52	Triamcinolone Acetonide.....	81, 94		
Topiramate.....	42	Triamcinolone Acetonide Dental Paste.....	71		
Toremide.....	67	Triamterene/ Hydrochlorothiazide.....	67	Valacyclovir HCl.....	55
Toujeo Max Solostar.....	60	Triderm.....	81	Valchlor.....	49
Toujeo SoloStar.....	60	Trientine HCl.....	76	Valganciclovir.....	55
TPN Electrolytes.....	75	Trifluoperazine HCl.....	53	Valganciclovir Hydrochloride .....	55
Tracleer.....	95	Trifluridine.....	55	Valproic Acid.....	42
Tradjenta.....	60	Trihexyphenidyl HCl.....	52	Valsartan.....	63
Tramadol HCl.....	34	TriLyte.....	77	Valsartan/Hydrochlorothiazide .....	67
Tramadol HCl ER.....	32	Trimethoprim.....	36	Vancomycin HCl.....	36
Tramadol HCl/Acetaminophen .....	34	Trimipramine Maleate.....	46	Vandazole.....	36
Trandolapril.....	63	Trinessa.....	85	VAQTA.....	89
Tranexamic Acid.....	62	Trintellix.....	45	Varivax.....	89
Tranylcypromine Sulfate.....	44	Triumeq.....	56	Varizig.....	88
				Vascepa.....	68
				Velivet.....	85
				Velphoro.....	76
				Vemlidy.....	55
				Venclexta.....	51
				Venclexta Starting Pack.....	51

Venlafaxine HCl.....	45	Vyfemla.....	85	Zarah.....	85
Venlafaxine HCl ER.....	45	Vylibra.....	85	Zarxio.....	62
Ventavis.....	95	Vyvanse.....	70	Zejula.....	50
Verapamil HCl.....	64	<b>W</b>		Zelapar.....	52
Verapamil HCl ER.....	65	Warfarin Sodium.....	61	Zelboraf.....	51
Verapamil HCl SR.....	65	Welchol.....	68	Zemaira.....	78
Versacloz.....	54	WYMZYA Fe.....	85	Zenchent.....	85
Verzenio.....	50	<b>X</b>		Zenpep.....	78
Vesicare.....	79	Xalkori.....	51	Zerbaxa.....	37
Vestura.....	85	Xarelto.....	61	Zerit.....	57
Vibramycin.....	41	Xarelto Starter Pack.....	61	Zidovudine.....	57
Victoza.....	60	Xatmep.....	87	Zileuton ER.....	94
Videx EC.....	56	Xeljanz.....	88	Ziprasidone HCl.....	54
Videx Pediatric.....	56	Xeljanz XR.....	88	Zirgan.....	55
Vienna.....	85	Xgeva.....	90	Zolinza.....	50
Vigabatrin.....	42	Xifaxan.....	77	Zolpidem Tartrate.....	96
Viibryd.....	45	Xiidra.....	91	Zonisamide.....	41
Viibryd Starter Pack.....	45	Xolair.....	88	Zorbtive.....	76
Vimpat.....	43	Xtampza ER.....	32	Zortress.....	88
Viracept.....	57	Xtandi.....	49	Zostavax.....	89
Viramune.....	56	Xulane.....	85	Zovia 1/35E.....	85
Viread.....	57	Xyrem.....	97	Zyclara Pump.....	73
Vivitrol.....	34	<b>Y</b>		Zydelig.....	51
Voriconazole.....	48	YF-Vax.....	89	Zyflo.....	94
Vosevi.....	55	Yuafem.....	85	Zykadia.....	51
Votrient.....	51	<b>Z</b>		Zyprexa Relprev.....	54
VP-PNV-DHA.....	76	Zafirlukast.....	94	Zytiga.....	49
Vraylar.....	54	Zaleplon.....	96		

## Medicamentos cubiertos listados por condición médica

La lista que aparece abajo tiene información sobre los medicamentos que cubre este plan. Busque su condición médica para ver qué medicamentos están cubiertos. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento, consulte “Medicamentos cubiertos listados por nombre (**Índice de medicamentos**)” en las páginas 13-29.

La primera columna indica el nombre del medicamento, que puede incluir la dosis y la concentración. Los medicamentos de **marca** aparecen en letra **remarcada** (por ejemplo, **Humalog**) y los medicamentos genéricos están en letra normal (por ejemplo, Simvastatin). La segunda columna indica el nivel del medicamento. Su plan tiene 1 nivel llamado “Medicamentos Cubiertos”. Todos los medicamentos cubiertos están en este nivel. La tercera columna indica las reglas o los límites del medicamento. Si se aplican límites de cantidad (QL) a un medicamento, las cantidades de restricción se indican en el cuadro que aparece en las páginas 98-121.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Analgésicos			Diclofenac Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Analgésicos			Diflunisal (tableta)	1	
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine (50mg-325mg-40mg tableta)	1	QL	Etodolac (200mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Butalbital/Aspirin/ Caffeine (50mg-325mg-40mg cápsula)	1	QL	Etodolac ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos			<b>Flector (parche)</b>	1	PA, QL
Celecoxib (cápsula)	1	QL	Flurbiprofen (tableta)	1	
Diclofenac Potassium (tableta)	1		Ibu (tableta)	1	
Diclofenac Sodium (1% gel)	1	PA	Ibuprofen (100mg/5ml suspensión, 400mg tableta, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	
Diclofenac Sodium DR (tableta de liberación retardada)	1				

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Indomethacin (25mg cápsula, 50mg cápsula)	1	
Ketoprofen (cápsula de liberación inmediata)	1	
Meloxicam (tableta)	1	
Nabumetone (tableta)	1	
Naproxen (125mg/5ml suspensión)	1	
Naproxen (250mg tableta de liberación inmediata, 375mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Naproxen DR (tableta de liberación retardada) (EC-Naprosyn genérico)	1	
Piroxicam (cápsula)	1	
Sulindac (tableta)	1	
Analgésicos opiáceos, acción prolongada		
<b>Embeda (cápsula de liberación prolongada)</b>	1	7D, DL, QL, MME

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fentanyl (100mcg/hr parche 72 horas, 12mcg/hr parche 72 horas, 25mcg/hr parche 72 horas, 50mcg/hr parche 72 horas, 75mcg/hr parche 72 horas)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl ER (12mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 8mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 16mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl ER (32mg tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	1	7D, DL, QL, MME
<b>Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	1	7D, DL, QL, MME
Levorphanol Tartrate (tableta)	1	7D, DL, QL, MME



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Methadone HCl (10mg tableta, 5mg tableta, 10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME	<b>Xtampza ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	1	7D, DL, QL, MME
Morphine Sulfate ER (100mg tableta de liberación prolongada, 15mg tableta de liberación prolongada, 30mg tableta de liberación prolongada, 60mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	1	7D, DL, QL, MME	Analgésicos opiáceos, acción corta		
Morphine Sulfate ER (200mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	1	7D, DL, QL, MME	<b>Abstral (tableta sublingual)</b>	1	DL, PA, QL
<b>Nucynta ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	1	7D, DL, QL, MME	Acetaminophen/ Codeine (120mg-12mg/5ml solución oral, 300mg-15mg tableta, 300mg-30mg tableta, 300mg-60mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Tramadol HCl ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	7D, DL, QL, MME	Butorphanol Tartrate (10mg/ml solución nasal)	1	7D, DL, QL, MME
			Codeine Sulfate (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
			<b>Duramorph (inyección)</b>	1	7D, DL
			Endocet (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
			Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (pastilla para chupar con aplicador)	1	DL, PA, QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Hydrocodone/ Acetaminophen (10mg-325mg tableta, 2.5mg-325mg tableta, 5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg tableta, 7.5mg-325mg/15ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME
Hydrocodone/ Ibuprofen (7.5mg-200mg tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl (10mg/ml inyección, 50mg/5ml inyección)	1	7D, DL
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido)	1	7D, DL, QL, MME
Hydromorphone HCl (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata, 8mg tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
<b>Hydromorphone HCl (2mg/ml inyección)</b>	1	7D, DL
Lorcet (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Lorcet HD (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Lorcet Plus (tableta)	1	7D, DL, QL, MME

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral, 10mg/5ml solución oral, 20mg/ 5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME
Morphine Sulfate (10mg/ml inyección, 4mg/ml inyección, 8mg/ml inyección)	1	7D, DL
<b>Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata)</b>	1	7D, DL, QL, MME
<b>Morphine Sulfate (2mg/ml inyección, 5mg/ml inyección)</b>	1	7D, DL
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado)	1	7D, DL, QL, MME
Oxycodone HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
Oxycodone HCl (5mg/ 5ml solución oral)	1	7D, DL, QL, MME

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Oxycodone/ Acetaminophen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Oxycodone/Aspirin (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Oxycodone/Ibuprofen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	7D, DL, QL, MME
Tramadol HCl/ Acetaminophen (tableta)	1	7D, DL, QL, MME
Trezix (cápsula)	1	7D, DL, QL, MME
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestésicos locales</b>		
Lidocaine (5% ungüento)	1	QL
Lidocaine (5% parche)	1	PA, QL
Lidocaine HCl (4% solución externa)	1	
Lidocaine HCl (gel)	1	
Lidocaine Viscous (solución)	1	
Lidocaine/Prilocaine (crema)	1	
<b>Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias</b>		
<b>Ansiolíticos/disuasivos del alcohol</b>		
Acamprosate Calcium DR (tableta de liberación retardada)	1	
Disulfiram (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Naltrexone HCl (tableta)	1	
<b>Vivitrol (inyección)</b>	1	
<b>Tratamientos para la dependencia de los opiáceos</b>		
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	1	QL
Buprenorphine HCl/ Naloxone HCl (tableta sublingual)	1	QL
<b>Suboxone (película)</b>	1	QL
<b>Agentes para reversión de opiáceos</b>		
Naloxone HCl (inyección)	1	
<b>Narcan (líquido)</b>	1	
<b>Agentes para dejar de fumar</b>		
Bupropion HCl SR (150mg tableta de liberación prolongada 12 horas, medicamento disuasivo para dejar de fumar)	1	
<b>Chantix (tableta)</b>	1	
<b>Chantix Continuing Month Pak (tableta)</b>	1	
<b>Chantix Starting Month Pak (tableta)</b>	1	
<b>Nicotrol (inhalador)</b>	1	
<b>Nicotrol NS (solución nasal)</b>	1	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglucósidos</b>		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amikacin Sulfate (inyección)	1	
Gentak (ungüento oftálmico)	1	
Gentamicin Sulfate (0.1% crema, 0.1% ungüento, 0.3% solución oftálmica)	1	
Gentamicin Sulfate (40mg/ml inyección)	1	
Gentamicin Sulfate/ 0.9% Sodium Chloride (inyección)	1	
Isotonic Gentamicin (inyección)	1	
Neomycin Sulfate (tableta)	1	
Paromomycin Sulfate (cápsula)	1	
Streptomycin Sulfate (inyección)	1	
Tobramycin Sulfate (0.3% solución oftálmica)	1	
Tobramycin Sulfate (10mg/ml inyección, 80mg/2ml inyección)	1	
<b>Tobrex (0.3% ungüento oftálmico)</b>	1	
<b>Antibacterianos, otros</b>		
Bacitracin (ungüento oftálmico)	1	
<b>Bactroban Nasal (ungüento)</b>	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Clindamycin HCl (cápsula de liberación inmediata)	1	
Clindamycin Palmitate HCl (solución oral)	1	
Clindamycin Phosphate (2% crema)	1	
Clindamycin Phosphate (300mg/ 2ml inyección, 600mg/ 4ml inyección, 900mg/ 6ml inyección)	1	
Clindamycin Phosphate in D5W (inyección)	1	
Colistimethate Sodium (inyección)	1	
<b>Dalvance (inyección)</b>	1	PA
Daptomycin (inyección)	1	
Linezolid (100mg/5ml suspensión)	1	PA
Linezolid (600mg tableta)	1	PA, QL
Linezolid (600mg/ 300ml inyección)	1	PA
Methenamine Hippurate (tableta)	1	
Metronidazole (0.75% crema, 0.75% gel, 1% gel, 0.75% loción)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Metronidazole (250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
Metronidazole in NaCl 0.79% (inyección)	1	
Metronidazole Vaginal (gel)	1	
Mupirocin (2% crema)	1	
Mupirocin (2% ungüento)	1	
Nitrofurantoin (suspensión)	1	
Nitrofurantoin Macrocrystals (100mg cápsula, 50mg cápsula) (Macroclantin genérico)	1	
Nitrofurantoin Monohydrate (100mg cápsula) (Macrobid genérico)	1	
Polymyxin B Sulfate (inyección)	1	
<b>Sulfamylon (85mg/gm crema)</b>	1	
Tigecycline (inyección)	1	
Tinidazole (tableta)	1	
Trimethoprim (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Vancomycin HCl (1000mg inyección, 10gm inyección, 500mg inyección, 125mg cápsula, 250mg cápsula)	1	
<b>Vandazole (gel)</b>	1	
<b>Beta-lactámicos, cefalosporinas</b>		
Cefaclor (250mg cápsula de liberación inmediata, 500mg cápsula de liberación inmediata)	1	
Cefadroxil (250mg/5ml suspensión, 500mg/5ml suspensión, 500mg cápsula)	1	
Cefazolin Sodium (inyección)	1	
Cefdinir (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 300mg cápsula)	1	
Cefepime (inyección)	1	
Cefixime (suspensión)	1	
Cefotaxime Sodium (inyección)	1	
Cefotetan (inyección)	1	
Cefoxitin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 2gm inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Cefpodoxime Proxetil (100mg tableta, 200mg tableta, 100mg/5ml suspensión, 50mg/5ml suspensión)	1	
Cefprozil (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta)	1	
Ceftazidime (inyección)	1	
Ceftriaxone Sodium (10gm inyección, 1gm inyección, 250mg inyección, 2gm inyección, 500mg inyección)	1	
Cefuroxime Axetil (tableta)	1	
Cefuroxime Sodium (1.5gm inyección, 7.5gm inyección, 750mg inyección)	1	
Cephalexin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 750mg cápsula)	1	
Suprax (100mg tableta masticable, 200mg tableta masticable)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Suprax (400mg cápsula, 500mg/5ml suspensión)</b>	1	
Tazicef (inyección)	1	
<b>Zerbaxa (inyección)</b>	1	PA
Beta-lactámicos, otros		
Aztreonam (inyección)	1	
<b>Doripenem (inyección)</b>	1	
Imipenem/Cilastatin (inyección)	1	
<b>Invanz (inyección)</b>	1	
Meropenem (inyección)	1	
Beta-lactámicos, penicilinas		
Amoxicillin (125mg tableta masticable, 250mg tableta masticable, 125mg/5ml suspensión, 200mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión, 400mg/5ml suspensión, 250mg cápsula, 500mg cápsula, 500mg tableta, 875mg tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amoxicillin/ Clavulanate Potassium (200mg-28.5mg tableta masticable, 400mg-57mg tableta masticable, 200mg/ 5ml-28.5mg/5ml suspensión, 250mg/ 5ml-62.5mg/5ml suspensión, 400mg/ 5ml-57mg/5ml suspensión, 600mg/ 5ml-42.9mg/5ml suspensión, 250mg-125mg tableta de liberación inmediata, 500mg-125mg tableta de liberación inmediata, 875mg-125mg tableta de liberación inmediata) (Augmentin genérico)	1		Ampicillin-Sulbactam (inyección)	1	
Amoxicillin/ Clavulanate Potassium ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1		<b>Bactocill in Dextrose (inyección)</b>	1	
Ampicillin (cápsula)	1		<b>Bicillin C-R (inyección)</b>	1	
Ampicillin Sodium (10gm inyección, 125mg inyección, 1gm inyección)	1		<b>Bicillin L-A (inyección)</b>	1	
			Dicloxacillin Sodium (cápsula)	1	
			Nafcillin Sodium (10gm inyección, 1gm inyección)	1	
			Oxacillin Sodium (inyección)	1	
			Penicillin G Potassium (inyección)	1	
			Penicillin G Procaine (inyección)	1	
			Penicillin G Sodium (inyección)	1	
			Penicillin V Potassium (125mg/5ml solución oral, 250mg/5ml solución oral, 250mg tableta, 500mg tableta)	1	
			Piperacillin/ Tazobactam (inyección)	1	
			<b>Macrólidos</b>		
			<b>Azasite (solución oftálmica)</b>	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Azithromycin (100mg/5ml suspensión, 200mg/5ml suspensión, 250mg tableta, 500mg tableta, 600mg tableta)	1	
Azithromycin (500mg inyección)	1	
Clarithromycin (125mg/5ml suspensión, 250mg/5ml suspensión)	1	
Clarithromycin (250mg tableta, 500mg tableta)	1	
Clarithromycin ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
<b>Dificid (tableta)</b>	1	
<b>E.E.S. Granules (suspensión)</b>	1	
Ery-Tab (tableta de liberación retardada)	1	
<b>EryPed 200 (suspensión)</b>	1	
<b>EryPed 400 (suspensión)</b>	1	
Erythrocin Lactobionate (inyección)	1	
Erythromycin (250mg cápsula de liberación retardada)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Erythromycin (5mg/gm ungüento oftálmico)	1	
Erythromycin Base (tableta)	1	
Erythromycin Ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión, 400mg tableta)	1	
<b>Quinolonas</b>		
<b>Besivance (suspensión)</b>	1	
<b>Ciloxan (0.3% ungüento)</b>	1	
Ciprofloxacín (suspensión oral)	1	
Ciprofloxacín ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Ciprofloxacín HCl (0.3% solución oftálmica, 250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata, 750mg tableta de liberación inmediata)	1	
Ciprofloxacín HCl (100mg tableta de liberación inmediata)	1	
Ciprofloxacín I.V. in D5W (inyección)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Gatifloxacin (solución oftálmica)	1	
Levofloxacin (0.5% solución oftálmica)	1	
Levofloxacin (250mg tableta, 500mg tableta, 750mg tableta)	1	
Levofloxacin (25mg/ml inyección, 25mg/ml solución oral)	1	
Levofloxacin in D5W (inyección)	1	
<b>Moxeza (solución oftálmica)</b>	1	
Moxifloxacin HCl/ Sodium HCl (inyección)	1	
Moxifloxacin HCl (solución oftálmica)	1	
Moxifloxacin HCl (tableta)	1	
Ofloxacin (0.3% solución oftálmica)	1	
Ofloxacin (0.3% solución ótica, 300mg tableta, 400mg tableta)	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
Silver Sulfadiazine (crema)	1	
Sodium Sulfacetamide (solución oftálmica)	1	
<b>SSD (crema)</b>	1	
Sulfacetamide Sodium (ungüento oftálmico)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Sulfadiazine (tableta)	1	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim (200mg-40mg/5ml suspensión, 400mg-80mg tableta)	1	
Sulfamethoxazole/ Trimethoprim DS (tableta)	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
Demeclocycline HCl (tableta)	1	
Doxy 100 (inyección)	1	
Doxycycline (25mg/ 5ml suspensión)	1	
Doxycycline Hyclate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata)	1	
Doxycycline Monohydrate (100mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)	1	
Minocycline HCl (100mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Minocycline HCl (100mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata, 75mg tableta de liberación inmediata)	1	
Tetracycline HCl (cápsula)	1	
<b>Vibramycin (50mg/ 5ml jarabe)</b>	1	
<b>Antiepilépticos</b>		
Antiepilépticos, otros		
<b>Briviact (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta, 10mg/ml solución oral)</b>	1	QL
Levetiracetam (1000mg tableta de liberación inmediata, 250mg tableta de liberación inmediata, 500mg tableta de liberación inmediata, 750mg tableta de liberación inmediata, 100mg/ml solución oral)	1	
Levetiracetam ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Roweepra (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Roweepra XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
<b>Spritam (tableta desintegrante soluble)</b>	1	
<b>Modificadores del canal de calcio</b>		
<b>Celontin (cápsula)</b>	1	
Ethosuximide (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
Zonisamide (cápsula)	1	
<b>Intensificadores del ácido gamma-aminobutírico (GABA)</b>		
<b>Diastat AcuDial (gel)</b>	1	
<b>Diastat Pediatric (gel)</b>	1	
Gabapentin (100mg cápsula, 300mg cápsula, 400mg cápsula, 600mg tableta, 800mg tableta)	1	
Gabapentin (250mg/ 5ml solución oral)	1	
<b>Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Onfi (2.5mg/ml suspensión)</b>	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Phenobarbital (100mg tableta, 15mg tableta, 16.2mg tableta, 30mg tableta, 32.4mg tableta, 60mg tableta, 64.8mg tableta, 97.2mg tableta, 20mg/5ml tónico)	1	
Primidone (tableta)	1	
<b>Sabril (500mg tableta)</b>	1	PA, QL, LA
Tiagabine HCl (tableta)	1	
Valproic Acid (250mg cápsula, 250mg/5ml solución oral)	1	
Vigabatrin (paquete)	1	PA, QL, LA
Reductores del glutamato		
Felbamate (400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Felbamate (600mg/5ml suspensión)	1	
<b>Fycompa (0.5mg/ml suspensión, 10mg tableta, 12mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Lamotrigine (100mg tableta de liberación inmediata, 150mg tableta de liberación inmediata, 200mg tableta de liberación inmediata, 25mg tableta de liberación inmediata)	1	
Lamotrigine (25mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	1	
Topiramate (tableta de liberación inmediata, cápsula esparcible de liberación inmediata)	1	
Agentes del canal de sodio		
<b>Aptiom (tableta)</b>	1	QL
<b>Banzel (200mg tableta, 400mg tableta, 40mg/ml suspensión)</b>	1	
Carbamazepine (100mg tableta masticable, 100mg/5ml suspensión, 200mg tableta de liberación inmediata)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Carbamazepine ER (100mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 200mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 300mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, 100mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	
Dilantin (cápsula)	1	
Dilantin INFATABS (tableta masticable)	1	
Epitol (tableta)	1	
Oxcarbazepine (150mg tableta, 300mg tableta, 600mg tableta)	1	
Oxcarbazepine (300mg/5ml suspensión)	1	
<b>Peganone (tableta)</b>	1	
Phenytek (cápsula)	1	
Phenytoin (125mg/5ml suspensión, 50mg tableta masticable)	1	
Phenytoin Sodium Extended (cápsula)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Vimpat (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml solución oral)</b>	1	QL
<b>Antidemenciales</b>		
<b>Inhibidores de la colinesterasa</b>		
Donepezil HCl (tableta)	1	QL
Donepezil HCl ODT (tableta dispersable)	1	QL
Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta, 4mg/ml solución oral)	1	QL
Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Rivastigmine Tartrate (cápsula)	1	QL
Rivastigmine Transdermal System (parche 24 horas)	1	QL, ST
<b>Antagonistas de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA)</b>		
Memantine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	PA, QL
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	1	PA, QL
Memantine HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
<b>Memantine HCl Titration Pak (tableta)</b>	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
Bupropion HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Bupropion HCl SR (100mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 150mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	
Bupropion HCl XL (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Mirtazapine (tableta)	1	
Mirtazapine ODT (tableta dispersable)	1	
Inhibidores de la monoaminoxidasa		
<b>Emsam (parche 24 horas)</b>	1	QL
<b>Marplan (tableta)</b>	1	
Phenelzine Sulfate (tableta)	1	
Tranylcypromine Sulfate (tableta)	1	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRI)		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Citalopram HBr (10mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta)	1	
Citalopram HBr (10mg/5ml solución oral)	1	
Desvenlafaxine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Pristiq genérico)	1	QL
Escitalopram Oxalate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Escitalopram Oxalate (5mg/5ml solución oral)	1	
<b>Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL, ST
<b>Fetzima Titration Pack (cápsula de liberación prolongada 24 horas, paquete de tratamiento)</b>	1	ST
Fluoxetine DR (cápsula de liberación retardada)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fluoxetine HCl (10mg cápsula de liberación inmediata, 20mg cápsula de liberación inmediata, 40mg cápsula de liberación inmediata, 20mg/5ml solución oral)	1	
Fluvoxamine Maleate (tableta)	1	
Maprotiline HCl (tableta)	1	
Nefazodone HCl (tableta)	1	
Paroxetine HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
<b>Paxil (10mg/5ml suspensión)</b>	1	
Sertraline HCl (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Sertraline HCl (20mg/ml concentrado)	1	
Trazodone HCl (tableta)	1	
<b>Trintellix (tableta)</b>	1	QL
Venlafaxine HCl (tableta de liberación inmediata)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Venlafaxine HCl ER (150mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 37.5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 75mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
<b>Viibryd (tableta)</b>	1	QL
<b>Viibryd Starter Pack (paquete)</b>	1	QL
<b>Tricíclicos</b>		
Amitriptyline HCl (tableta)	1	
Amoxapine (tableta)	1	
Clomipramine HCl (cápsula)	1	
Desipramine HCl (tableta)	1	
Doxepin HCl (100mg cápsula, 10mg cápsula, 150mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/ml concentrado)	1	
Imipramine HCl (tableta)	1	
Imipramine Pamoate (cápsula)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Nortriptyline HCl (10mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1	
Protriptyline HCl (tableta)	1	
Trimipramine Maleate (cápsula)	1	
<b>Antieméticos</b>		
Antieméticos, otros		
Compro (supositorio)	1	
Hydroxyzine Pamoate (cápsula)	1	
Meclizine HCl (tableta)	1	
Metoclopramide HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Metoclopramide HCl (5mg/5ml solución oral)	1	
Perphenazine (tableta)	1	
Prochlorperazine (supositorio)	1	
Prochlorperazine Maleate (tableta)	1	
Scopolamine (parche 72 horas)	1	
<b>Adyuvantes para terapia emetogénica</b>		
Aprepitant (paquete de tratamiento, 40mg cápsula, 80mg cápsula)	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Aprepitant (125mg cápsula)	1	PA
<b>Cesamet (cápsula)</b>	1	PA
Dronabinol (cápsula)	1	PA
<b>Emend (125mg suspensión)</b>	1	PA
Granisetron HCl (tableta)	1	B/D, PA, QL
Ondansetron HCl (24mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	1	B/D, PA
Ondansetron HCl (4mg/5ml solución oral)	1	B/D, PA
Ondansetron ODT (tableta dispersable)	1	B/D, PA
<b>Sancuso (parche)</b>	1	
<b>Antimicóticos</b>		
Antimicóticos		
<b>Abelcet (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>AmBisome (inyección)</b>	1	B/D, PA
Amphotericin B (inyección)	1	B/D, PA
Caspofungin Acetate (inyección)	1	
Ciclopirox (0.77% gel, 0.77% suspensión, 1% champú)	1	
Ciclopirox Nail Lacquer (solución externa)	1	
Ciclopirox Olamine (crema)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Clotrimazole (1% crema, 1% solución externa, 10mg pastilla para chupar)	1	
Econazole Nitrate (crema)	1	
<b>Eraxis (100mg inyección)</b>	1	
<b>Eraxis (50mg inyección)</b>	1	
<b>Exelderm (1% crema, 1% solución externa)</b>	1	
Fluconazole (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta, 10mg/ml suspensión, 40mg/ml suspensión)	1	
Fluconazole in NaCl (inyección)	1	
Flucytosine (cápsula)	1	
Griseofulvin Microsize (125mg/5ml suspensión, 500mg tableta)	1	
Griseofulvin Ultramicronize (tableta)	1	
Itraconazole (cápsula)	1	PA, QL
<b>Jublia (solución externa)</b>	1	
Ketoconazole (2% crema, 2% champú, 200mg tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Ketoconazole (2% espuma)	1	
<b>Mentax (crema)</b>	1	
Miconazole 3 (supositorio)	1	
<b>Mycamine (inyección)</b>	1	
Naftifine HCl (1% crema)	1	
Naftifine HCl (2% crema)	1	
<b>Naftin (1% gel, 2% gel)</b>	1	
<b>Natacyn (suspensión)</b>	1	
<b>Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)</b>	1	PA, QL
<b>Noxafil (40mg/ml suspensión)</b>	1	QL
Nyamyc (polvo)	1	
Nystatin (crema, ungüento, polvo, suspensión, tableta)	1	
Nystop (polvo)	1	
Oxiconazole Nitrate (crema)	1	
<b>Oxistat (1% loción)</b>	1	
<b>Sporanox (10mg/ml solución oral)</b>	1	PA
Terbinafine HCl (tableta)	1	
Terconazole (0.4% crema, 0.8% crema, 80mg supositorio)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Voriconazole (200mg inyección, 40mg/ml suspensión)	1	
Voriconazole (200mg tableta, 50mg tableta)	1	
<b>Antigotosos</b>		
Antigotosos		
Allopurinol (tableta)	1	
<b>Colchicine (0.6mg cápsula) (Mitigare genérico)</b>	1	QL
Colchicine (0.6mg tableta) (Colcrys genérico)	1	QL
<b>Colcrys (tableta)</b>	1	PA, QL
Probenecid (tableta)	1	
Probenecid/ Colchicine (tableta)	1	
<b>Uloric (tableta)</b>	1	ST
<b>Antimigrañosos</b>		
Alcaloides de ergotamina		
Dihydroergotamine Mesylate (solución nasal)	1	
Ergotamine Tartrate/ Caffeine (tableta)	1	
Migergot (supositorio)	1	
<b>Agonistas de los receptores de serotonina (5-HT) 1b/1d</b>		
Naratriptan HCl (tableta)	1	QL
Rizatriptan Benzoate (tableta)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta dispersable)	1	QL
Sumatriptan (solución nasal)	1	QL
Sumatriptan Succinate (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	QL
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml inyección, 6mg/0.5ml inyección)	1	QL
<b>Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml inyección)</b>	1	QL
<b>Sumatriptan Succinate Refill (inyección)</b>	1	QL
<b>Antimiasténicos</b>		
Parasimpaticomiméticos		
<b>Guanidine HCl (tableta)</b>	1	
<b>Mestinon (60mg/5ml jarabe)</b>	1	
Pyridostigmine Bromide (tableta de liberación inmediata)	1	
Pyridostigmine Bromide ER (tableta de liberación prolongada)	1	
<b>Antimicobacterianos</b>		
Antimicobacterianos, otros		
Dapsone (tableta)	1	
Rifabutin (cápsula)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Antituberculosos</b>		
Ethambutol HCl (tableta)	1	
Isoniazid (100mg tableta, 300mg tableta)	1	
Isoniazid (50mg/5ml jarabe)	1	
Paser (paquete)	1	
<b>Priftin (tableta)</b>	1	
Pyrazinamide (tableta)	1	
Rifampin (150mg cápsula, 300mg cápsula)	1	
Rifampin (600mg inyección)	1	
<b>Rifater (tableta)</b>	1	
<b>Sirturo (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Trecator (tableta)</b>	1	
<b>Antineoplásicos</b>		
<b>Alquilantes</b>		
Cyclophosphamide (cápsula)	1	B/D, PA
<b>Gleostine (100mg cápsula, 40mg cápsula)</b>	1	
<b>Gleostine (10mg cápsula)</b>	1	
<b>Hexalen (cápsula)</b>	1	PA
<b>Leukeran (tableta)</b>	1	
<b>Matulane (cápsula)</b>	1	LA
<b>Valchlor (gel)</b>	1	PA, LA
<b>Antiandrógenos</b>		
Bicalutamide (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Erleada (tableta)</b>	1	PA, QL
Flutamide (cápsula)	1	
Nilutamide (tableta)	1	
<b>Xtandi (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Zytiga (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Antiangiogénicos</b>		
<b>Pomalyst (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Revlimid (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Thalomid (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Antiestrógenos/modificadores</b>		
<b>Emcyt (cápsula)</b>	1	
<b>Fareston (tableta)</b>	1	
<b>Soltamox (solución oral)</b>	1	
Tamoxifen Citrate (tableta)	1	
<b>Antimetabólicos</b>		
<b>Droxia (cápsula)</b>	1	
Hydroxyurea (cápsula)	1	
Mercaptopurine (tableta)	1	
<b>Purixan (suspensión)</b>	1	PA
<b>Tabloid (tableta)</b>	1	PA
<b>Antineoplásicos, otros</b>		
<b>Kisqali (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Kisqali Femara 200 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	1	PA, QL
<b>Kisqali Femara 400 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	1	PA, QL

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Kisqali Femara 600 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	1	PA, QL
Leucovorin Calcium (10mg tableta, 15mg tableta, 5mg tableta)	1	
Leucovorin Calcium (25mg tableta)	1	
<b>Lonsurf (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Ninlaro (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Synribo (inyección)</b>	1	PA
<b>Verzenio (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Zolinza (cápsula)</b>	1	PA
Inhibidores de la aromatasas, 3. <sup>a</sup> generación		
Anastrozole (tableta)	1	
Exemestane (tableta)	1	
Letrozole (tableta)	1	
Inhibidores de enzimas		
<b>Rubraca (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>ZeJula (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
Inhibidores de la diana molecular		
<b>Afinitor (tableta)</b>	1	PA
<b>Afinitor Disperz (tableta soluble)</b>	1	PA
<b>Alecensa (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Alunbrig (tableta, paquete de tratamiento, 180mg tableta, 30mg tableta, 90mg tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Bosulif (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Cabometyx (tableta)</b>	1	PA, QL, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Calquence (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Caprelsa (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Cometriq (paquete)</b>	1	PA, LA
<b>Cotellic (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Erivedge (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Farydak (cápsula)</b>	1	PA
<b>Gilotrif (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Ibrance (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Iclusig (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Idhifa (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
Imatinib Mesylate (tableta)	1	PA, QL
<b>Imbruvica (140mg cápsula, 70mg cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Imbruvica (140mg tableta, 280mg tableta, 420mg tableta, 560mg tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Inlyta (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Iressa (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Jakafi (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Lenvima (cápsula, paquete de tratamiento)</b>	1	PA, LA
<b>Lynparza (100mg tableta, 150mg tableta, 50mg cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Mekinist (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Nerlynx (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Nexavar (tableta)</b>	1	PA, LA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Odomzo (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Rydapt (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Sprycel (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Stivarga (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Sutent (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Tafinlar (cápsula)</b>	1	PA, LA
<b>Tagrisso (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Tarceva (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Tasigna (cápsula)</b>	1	PA, QL
<b>Tykerb (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Venclexta (100mg tableta, 50mg tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Venclexta (10mg tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Venclexta Starting Pack (tableta, paquete de tratamiento)</b>	1	PA, LA
<b>Votrient (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Xalkori (cápsula)</b>	1	PA, LA
<b>Zelboraf (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Zydelig (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Zykadia (cápsula)</b>	1	PA, QL
Retinoides		
Bexarotene (cápsula)	1	PA
<b>Panretin (gel)</b>	1	
<b>Targretin (1% gel)</b>	1	PA
Tretinoin (10mg cápsula)	1	
Medicamentos complementarios en el tratamiento		
<b>Mesnex (400mg tableta)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<b>Albenza (tableta)</b>	1	QL
<b>Biltricide (tableta)</b>	1	
Ivermectin (tableta)	1	
Antiprotozoarios		
<b>Alinia (100mg/5ml suspensión, 500mg tableta)</b>	1	
Atovaquone (suspensión)	1	
Atovaquone/Proguanil HCl (tableta) (Malarone genérico)	1	
<b>Benznidazole (tableta)</b>	1	
Chloroquine Phosphate (tableta)	1	
<b>Coartem (tableta)</b>	1	
<b>DARAPRIM (tableta)</b>	1	
Hydroxychloroquine Sulfate (tableta)	1	
Mefloquine HCl (tableta)	1	
<b>Nebupent (solución para inhalar)</b>	1	B/D, PA, QL
<b>Pentam 300 (inyección)</b>	1	
Primaquine Phosphate (tableta)	1	
Quinine Sulfate (cápsula)	1	PA
Pediculicidas/escabicidas		

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Eurax (10% crema, 10% loción)</b>	1	
Lindane (champú)	1	
Malathion (loción)	1	
Permethrin (crema)	1	
<b>Antiparkinsonianos</b>		
<b>Anticolinérgicos</b>		
Benztropine Mesylate (tableta)	1	
Trihexyphenidyl HCl (0.4mg/ml tónico, 2mg tableta, 5mg tableta)	1	
<b>Antiparkinsonianos, otros</b>		
Amantadine HCl (100mg cápsula, 100mg tableta)	1	
Amantadine HCl (50mg/5ml jarabe)	1	
Entacapone (tableta)	1	
Tolcapone (tableta)	1	QL
<b>Agonistas dopaminérgicos</b>		
<b>Apokyn (inyección)</b>	1	PA, QL, LA
Bromocriptine Mesylate (2.5mg tableta, 5mg cápsula)	1	
<b>Neupro (parche 24 horas)</b>	1	
Pramipexole Dihydrochloride (tableta de liberación inmediata)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Ropinirole HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
<b>Precusores de la dopamina/inhibidores de la decarboxilasa de L-aminoácidos</b>		
Carbidopa (tableta)	1	
Carbidopa/Levodopa (tableta de liberación inmediata)	1	
Carbidopa/Levodopa ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Carbidopa/Levodopa ODT (tableta dispersable)	1	
Carbidopa/Levodopa/Entacapone (tableta)	1	
<b>Stalevo 100 (tableta)</b>	1	PA
<b>Stalevo 125 (tableta)</b>	1	PA
<b>Stalevo 150 (tableta)</b>	1	PA
<b>Stalevo 200 (tableta)</b>	1	PA
<b>Stalevo 50 (tableta)</b>	1	PA
<b>Stalevo 75 (tableta)</b>	1	PA
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B)</b>		
Rasagiline Mesylate (tableta)	1	
Selegiline HCl (5mg cápsula, 5mg tableta)	1	
<b>Zelapar (tableta dispersable)</b>	1	
<b>Antipsicóticos</b>		
1. <sup>a</sup> generación/típicos		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Chlorpromazine HCl (tableta)	1	
Fluphenazine Decanoate (inyección)	1	
Fluphenazine HCl (10mg tableta, 1mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	1	
Fluphenazine HCl (2.5mg/5ml tónico, 2.5mg/ml inyección)	1	
Fluphenazine HCl (5mg/ml concentrado)	1	
Haloperidol (0.5mg tableta, 10mg tableta, 1mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta, 2mg/ml concentrado)	1	
Haloperidol Decanoate (inyección)	1	
Haloperidol Lactate (inyección)	1	
Loxapine Succinate (cápsula)	1	
Pimozide (tableta)	1	
Thioridazine HCl (tableta)	1	
Thiothixene (cápsula)	1	
Trifluoperazine HCl (tableta)	1	
<b>2.ª generación/atípicos</b>		
<b>Abilify Maintena (inyección)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Aripiprazole (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 30mg tableta, 5mg tableta)	1	QL
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	1	QL
Aripiprazole ODT (tableta dispersable)	1	QL
<b>Aristada (inyección)</b>	1	
<b>Fanapt (10mg tableta, 12mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)</b>	1	QL, ST
<b>Fanapt (1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta)</b>	1	QL, ST
<b>Fanapt Titration Pack (tableta)</b>	1	ST
<b>Geodon (20mg inyección)</b>	1	
<b>Invega Sustenna (117mg/0.75ml inyección, 156mg/ml inyección, 234mg/1.5ml inyección, 78mg/0.5ml inyección)</b>	1	
<b>Invega Sustenna (39mg/0.25ml inyección)</b>	1	
<b>Invega Trinza (inyección)</b>	1	
<b>Latuda (tableta)</b>	1	QL
<b>Nuplazid (tableta)</b>	1	PA, QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Olanzapine (10mg inyección)	1	
Olanzapine (10mg tableta, 15mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 7.5mg tableta)	1	QL
Olanzapine ODT (tableta dispersable)	1	QL
Paliperidone ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Quetiapine Fumarate (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Quetiapine Fumarate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
<b>Rexulti (tableta)</b>	1	QL
<b>Risperdal Consta (12.5mg inyección, 25mg inyección)</b>	1	
<b>Risperdal Consta (37.5mg inyección, 50mg inyección)</b>	1	
Risperidone (0.25mg tableta, 0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 3mg tableta, 4mg tableta)	1	
Risperidone (1mg/ml solución oral)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Risperidone ODT (tableta dispersable)	1	
<b>Saphris (tableta sublingual)</b>	1	QL
<b>Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)</b>	1	QL, ST
<b>Vraylar (cápsula, paquete de tratamiento)</b>	1	ST
Ziprasidone HCl (cápsula)	1	QL
<b>Zyprexa Relprevv (inyección)</b>	1	
Resistentes al tratamiento		
Clozapine (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 200mg tableta)	1	
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable, 12.5mg tableta dispersable, 150mg tableta dispersable, 25mg tableta dispersable)	1	QL
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	1	QL
<b>Versacloz (suspensión)</b>	1	
Antivirales		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Anticitomegalovirus (CMV)</b>		
Valganciclovir (tableta)	1	QL
Valganciclovir Hydrochloride (solución oral)	1	QL
<b>Zirgan (gel)</b>	1	
<b>Antihepatitis B (HBV)</b>		
Adefovir Dipivoxil (tableta)	1	
<b>Baraclude (0.05mg/ml solución oral)</b>	1	
Entecavir (tableta)	1	
<b>Epivir HBV (5mg/ml solución oral)</b>	1	
Lamivudine (100mg tableta)	1	
<b>Vemlidy (tableta)</b>	1	QL
<b>Antihepatitis C (HCV), otros agentes</b>		
<b>Intron A (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Pegasys (inyección)</b>	1	PA
<b>Pegasys ProClick (inyección)</b>	1	PA
Ribasphere (200mg tableta, 400mg tableta, 600mg tableta)	1	
Ribavirin (200mg tableta)	1	
<b>Sylatron (inyección)</b>	1	PA
<b>Antihepatitis C (HCV), agentes de acción directa</b>		
<b>Daklinza (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Epclusa (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Harvoni (tableta)</b>	1	PA, QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Mavyret (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Sovaldi (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Vosevi (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Antiherpéticos</b>		
Acyclovir (200mg cápsula)	1	
Acyclovir (200mg/5ml suspensión)	1	
Acyclovir (400mg tableta, 800mg tableta)	1	
Acyclovir (5% ungüento)	1	QL
Acyclovir Sodium (inyección)	1	B/D, PA
<b>Denavir (crema)</b>	1	QL
Famciclovir (tableta)	1	QL
Trifluridine (solución oftálmica)	1	
Valacyclovir HCl (tableta)	1	QL
<b>Antirretrovirales, inhibidores de la integrasa (INSTI)</b>		
<b>Genvoya (tableta)</b>	1	QL
<b>Isentress (100mg paquete, 25mg tableta masticable)</b>	1	QL
<b>Isentress (100mg tableta masticable, 400mg tableta)</b>	1	QL
<b>Isentress HD (tableta)</b>	1	QL
<b>Stribild (tableta)</b>	1	QL
<b>Tivicay (10mg tableta)</b>	1	QL

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Tivicay (25mg tableta, 50mg tableta)</b>	1	QL
<b>Triumeq (tableta)</b>	1	QL
<b>Tybost (tableta)</b>	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI)		
<b>Atripla (tableta)</b>	1	QL
<b>Complera (tableta)</b>	1	QL
<b>Edurant (tableta)</b>	1	QL
Efavirenz (200mg cápsula, 600mg tableta)	1	QL
Efavirenz (50mg cápsula)	1	QL
<b>Intelence (100mg tableta, 200mg tableta)</b>	1	QL
<b>Intelence (25mg tableta)</b>	1	QL
<b>Juluca (tableta)</b>	1	QL
Nevirapine (tableta)	1	QL
Nevirapine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
<b>Odefsey (tableta)</b>	1	QL
<b>Rescriptor (tableta)</b>	1	QL
<b>Sustiva (200mg cápsula, 600mg tableta)</b>	1	QL
<b>Sustiva (50mg cápsula)</b>	1	QL
<b>Symfi (tableta)</b>	1	QL
<b>Symfi Lo (tableta)</b>	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Viramune (50mg/5ml suspensión)</b>	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa (NRTI)		
Abacavir (20mg/ml solución oral, 300mg tableta)	1	QL
Abacavir Sulfate/Lamivudine/Zidovudine (tableta)	1	QL
Abacavir/Lamivudine (tableta)	1	QL
<b>Biktarvy (tableta)</b>	1	QL
<b>Descovy (tableta)</b>	1	QL
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	1	QL
<b>Emtriva (10mg/ml solución oral, 200mg cápsula)</b>	1	QL
Lamivudine (10mg/ml solución oral, 150mg tableta, 300mg tableta)	1	QL
Lamivudine/Zidovudine (tableta)	1	QL
Stavudine (cápsula)	1	QL
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	1	QL
<b>Truvada (tableta)</b>	1	QL
<b>Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)</b>	1	QL
<b>Videx Pediatric (solución oral)</b>	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Viread (150mg tableta, 200mg tableta, 250mg tableta, 40mg/gm polvo)</b>	1	QL
<b>Zerit (1mg/ml solución oral)</b>	1	QL
Zidovudine (100mg cápsula, 300mg tableta, 50mg/5ml jarabe)	1	QL
Antirretrovirales, otros		
<b>Fuzeon (inyección)</b>	1	QL
<b>Selzentry (150mg tableta, 300mg tableta, 75mg tableta, 20mg/ml solución oral)</b>	1	QL
<b>Selzentry (25mg tableta)</b>	1	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la proteínasa		
<b>Aptivus (100mg/ml solución oral, 250mg cápsula)</b>	1	QL
Atazanavir Sulfate (cápsula)	1	QL
<b>Crixivan (cápsula)</b>	1	QL
<b>Evotaz (tableta)</b>	1	QL
Fosamprenavir Calcium (tableta)	1	QL
<b>Invirase (200mg cápsula, 500mg tableta)</b>	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Kaletra (100mg-25mg tableta)</b>	1	QL
<b>Kaletra (200mg-50mg tableta)</b>	1	QL
<b>Lexiva (50mg/ml suspensión)</b>	1	QL
Lopinavir/Ritonavir (solución oral)	1	QL
<b>Norvir (100mg cápsula, 100mg paquete, 100mg tableta, 80mg/ml solución oral)</b>	1	QL
<b>Prezcobix (tableta)</b>	1	QL
<b>Prezista (100mg/ml suspensión, 600mg tableta, 800mg tableta)</b>	1	QL
<b>Prezista (150mg tableta, 75mg tableta)</b>	1	QL
<b>Reyataz (50mg paquete)</b>	1	QL
Ritonavir (tableta)	1	QL
<b>Viracept (tableta)</b>	1	QL
Antigripales		
Oseltamivir Phosphate (30mg cápsula, 45mg cápsula, 75mg cápsula, 6mg/ml suspensión)	1	QL
<b>Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)</b>	1	QL
Rimantadine HCl (tableta)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Ansiolíticos</b>		
Ansiolíticos, otros		
Bupirone HCl (tableta)	1	
Hydroxyzine HCl (10mg/5ml jarabe)	1	
Hydroxyzine HCl (tableta)	1	
<b>Benzodiazepinas</b>		
Alprazolam (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Chlordiazepoxide HCl (cápsula)	1	
Clonazepam (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Clonazepam ODT (tableta dispersable)	1	QL
Clorazepate Dipotassium (tableta)	1	QL
Diazepam (10mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta)	1	QL
Diazepam (1mg/ml solución oral)	1	
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado)	1	QL
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	QL
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	1	QL
<b>Bipolares</b>		
Estabilizadores del estado de ánimo		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Divalproex Sodium (cápsula esparcible de liberación retardada)	1	
Divalproex Sodium DR (tableta de liberación retardada)	1	
Divalproex Sodium ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
<b>Lithium (solución oral)</b>		
Lithium Carbonate (150mg cápsula de liberación inmediata, 300mg cápsula de liberación inmediata, 600mg cápsula de liberación inmediata, 300mg tableta de liberación inmediata)	1	
Lithium Carbonate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
<b>Reguladores de la glucemia</b>		
<b>Antidiabéticos</b>		
Acarbose (tableta)	1	QL
<b>Avandia (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Bydureon Bcise (autoinyectable)</b>	1	QL
<b>Bydureon Pen (inyección)</b>	1	QL
<b>Bydureon Vial (inyección)</b>	1	QL
<b>Byetta (inyección)</b>	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Cycloset (tableta)</b>	1	PA, QL
Glimepiride (tableta)	1	QL
Glipizide (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Glipizide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Glipizide/Metformin HCl (tableta)	1	QL
<b>Glyxambi (tableta)</b>	1	QL
<b>Invokamet (tableta)</b>	1	QL
<b>Invokamet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL
<b>Invokana (tableta)</b>	1	QL
<b>Janumet (tableta de liberación inmediata)</b>	1	QL
<b>Janumet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL
<b>Januvia (tableta)</b>	1	QL
<b>Jardiance (tableta)</b>	1	QL
<b>Jentaduetto (tableta)</b>	1	QL
<b>Jentaduetto XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL
<b>Kombiglyze XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL
Metformin HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Metformin HCl ER (500mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 750mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	1	QL
Miglitol (tableta)	1	QL
Nateglinide (tableta)	1	QL
<b>Onglyza (tableta)</b>	1	QL
Pioglitazone HCl (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl/Glimepiride (tableta)	1	QL
Pioglitazone HCl/Metformin HCl (tableta)	1	QL
Repaglinide (tableta)	1	QL
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	1	QL
<b>Riomet (solución oral)</b>	1	QL
<b>Soliqua 100/33 (inyección)</b>	1	QL
<b>SymLinPen 120 (inyección)</b>	1	PA
<b>SymLinPen 60 (inyección)</b>	1	PA
<b>Synjardy (tableta)</b>	1	QL
<b>Synjardy XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Tradjenta (tableta)</b>	1	QL
<b>Trulicity (inyección)</b>	1	QL
<b>Victoza (inyección)</b>	1	QL
Glucemia		
<b>GlucaGen HypoKit (inyección)</b>	1	
<b>Glucagon Emergency Kit (inyección)</b>	1	
<b>Proglycem (suspensión)</b>	1	
Insulina		
<b>Humalog Cartridge (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Junior KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humalog KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Mix 50/50 KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Mix 50/50 Vial (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Mix 75/25 KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Mix 75/25 Vial (inyección)</b>	1	
<b>Humalog Vial (inyección)</b>	1	
<b>Humulin 70/30 KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humulin 70/30 Vial (inyección)</b>	1	
<b>Humulin N KwikPen (inyección)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Humulin N Vial (inyección)</b>	1	
<b>Humulin R U-500 KwikPen (inyección)</b>	1	
<b>Humulin R U-500 Vial (concentrado) (inyección)</b>	1	
<b>Humulin R Vial (inyección)</b>	1	
<b>Lantus SoloStar (inyección)</b>	1	
<b>Lantus Vial (inyección)</b>	1	
<b>Levemir FlexTouch (inyección)</b>	1	
<b>Levemir Vial (inyección)</b>	1	
<b>Toujeo Max Solostar (inyección)</b>	1	
<b>Toujeo SoloStar (inyección)</b>	1	
<b>Tresiba FlexTouch (inyección)</b>	1	
Hemoderivados, modificadores/expansores de volumen de sangre		
Anticoagulantes		
<b>Coumadin (tableta)</b>	1	
<b>Eliquis (tableta)</b>	1	QL
<b>Eliquis Starter Pack (tableta)</b>	1	QL
<b>Enoxaparin Sodium (inyección)</b>	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fondaparinux Sodium (10mg/0.8ml inyección, 5mg/0.4ml inyección, 7.5mg/0.6ml inyección)	1	
Fondaparinux Sodium (2.5mg/0.5ml inyección)	1	
Heparin Sodium (10000 unidades/ml inyección, 20000 unidades/ml inyección, 5000 unidades/ml inyección)	1	
Heparin Sodium (1000 unidades/ml inyección)	1	B/D, PA
Jantoven (tableta)	1	
<b>Pradaxa (cápsula)</b>	1	QL
Warfarin Sodium (tableta)	1	
<b>Xarelto (tableta)</b>	1	QL
<b>Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)</b>	1	QL
Modificadores hematopoyéticos		
Anagrelide HCl (cápsula)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Aranesp Albumin Free (100mcg/0.5ml inyección, 100mcg/ml inyección, 150mcg/0.3ml inyección, 200mcg/0.4ml inyección, 200mcg/ml inyección, 300mcg/0.6ml inyección, 300mcg/ml inyección, 500mcg/ml inyección, 60mcg/0.3ml inyección, 60mcg/ml inyección)</b>	1	PA
<b>Aranesp Albumin Free (10mcg/0.4ml inyección, 25mcg/0.42ml inyección, 25mcg/ml inyección, 40mcg/0.4ml inyección, 40mcg/ml inyección)</b>	1	PA
<b>Granix (inyección)</b>	1	ST
<b>Leukine (inyección)</b>	1	PA
<b>Neulasta (inyección)</b>	1	PA
<b>Neupogen (inyección)</b>	1	ST

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Procrit (10000 unidades/ml inyección, 2000 unidades/ml inyección, 3000 unidades/ml inyección, 4000 unidades/ml inyección)</b>	1	PA
<b>Procrit (20000 unidades/ml inyección, 40000 unidades/ml inyección)</b>	1	PA
<b>Promacta (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
Zarxio (inyección)	1	
<b>Hemostasis</b>		
Tranexamic Acid (tableta)	1	
<b>Modificadores de plaquetas</b>		
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	QL
<b>Brilinta (tableta)</b>	1	QL
Cilostazol (tableta)	1	
Clopidogrel (75mg tableta)	1	QL
Prasugrel (tableta)	1	QL
<b>Agentes cardiovasculares</b>		
<b>Agonistas alfa adrenérgicos</b>		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Clonidine HCl (0.1mg tableta de liberación inmediata, 0.2mg tableta de liberación inmediata, 0.3mg tableta de liberación inmediata)	1	
Clonidine HCl (0.1mg/24hr parche semanal, 0.2mg/24hr parche semanal, 0.3mg/24hr parche semanal)	1	
Methyldopa (tableta)	1	
Midodrine HCl (tableta)	1	
<b>Northera (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Bloqueantes alfa adrenérgicos</b>		
Doxazosin Mesylate (tableta)	1	
Phenoxybenzamine HCl (cápsula)	1	
Prazosin HCl (cápsula)	1	
<b>Antagonistas de los receptores de la angiotensina II</b>		
Candesartan Cilexetil (tableta)	1	QL
<b>Edarbi (tableta)</b>	1	QL
Eprosartan Mesylate (tableta)	1	QL
Irbesartan (tableta)	1	QL
Losartan Potassium (tableta)	1	QL
Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Telmisartan (tableta)	1	QL
Valsartan (tableta)	1	QL
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA)		
Benazepril HCl (tableta)	1	QL
Captopril (tableta)	1	QL
Enalapril Maleate (tableta)	1	QL
Fosinopril Sodium (tableta)	1	QL
Lisinopril (tableta)	1	QL
Moexipril HCl (tableta)	1	QL
Perindopril Erbumine (tableta)	1	QL
Quinapril HCl (tableta)	1	QL
Ramipril (cápsula)	1	QL
Trandolapril (tableta)	1	QL
Antiarrítmicos		
Amiodarone HCl (200mg tableta)	1	
Dofetilide (cápsula)	1	
Flecainide Acetate (tableta)	1	
Mexiletine HCl (cápsula)	1	
<b>Multaq (tableta)</b>	1	QL
Pacerone (200mg tableta)	1	
Propafenone HCl (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Propafenone HCl ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Quinidine Gluconate CR (tableta de liberación prolongada)	1	
Quinidine Sulfate (tableta)	1	
Sotalol HCl (AF) (tableta)	1	
Sotalol HCl (tableta)	1	
Bloqueantes beta adrenérgicos		
Acebutolol HCl (cápsula)	1	
Atenolol (tableta)	1	
Betaxolol HCl (10mg tableta, 20mg tableta)	1	
Bisoprolol Fumarate (tableta)	1	
<b>Bystolic (tableta)</b>	1	QL
Carvedilol (tableta)	1	
Labetalol HCl (tableta)	1	
Metoprolol Succinate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Metoprolol Tartrate (100mg tableta de liberación inmediata, 25mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata)	1	
Nadolol (tableta)	1	



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Pindolol (tableta)	1	
Propranolol HCl (20mg/5ml solución oral, 40mg/5ml solución oral)	1	
Propranolol HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Propranolol HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Timolol Maleate (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
<b>Bloqueantes del canal de calcio</b>		
Afeditab CR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Amlodipine Besylate (tableta)	1	
Cartia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Dilt-XR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Diltiazem HCl (tableta de liberación inmediata)	1	
Diltiazem HCl ER (cápsula de liberación prolongada)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Felodipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Matzim LA (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Nicardipine HCl (cápsula)	1	
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Nimodipine (cápsula)	1	
<b>Nymalize (solución oral)</b>	1	
Taztia XT (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Verapamil HCl (120mg tableta de liberación inmediata, 40mg tableta de liberación inmediata, 80mg tableta de liberación inmediata)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Verapamil HCl ER (100mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 120mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 200mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	
Verapamil HCl ER (120mg tableta de liberación prolongada, 180mg tableta de liberación prolongada, 240mg tableta de liberación prolongada)	1	
<b>Verapamil HCl SR (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	
Agentes cardiovasculares, otros		
Amiloride/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Amlodipine Besylate/ Atorvastatin Calcium (tableta)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amlodipine Besylate/ Benazepril HCl (cápsula)	1	QL
Amlodipine Besylate/ Valsartan (tableta)	1	QL
Amlodipine/ Olmesartan Medoxomil (tableta)	1	QL
Amlodipine/Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Atenolol/ Chlorthalidone (tableta)	1	
Benazepril HCl/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
<b>BiDil (tableta)</b>	1	QL
Bisoprolol Fumarate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Candesartan Cilexetil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Captopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
<b>Corlanor (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Demser (cápsula)</b>	1	
Digitek (tableta)	1	
Digox (tableta)	1	
<b>Digoxin (0.05mg/ml solución oral)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Digoxin (125mcg tableta, 250mcg tableta)	1	
<b>Edarbyclor (tableta)</b>	1	QL
Enalapril Maleate/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
<b>Entresto (tableta)</b>	1	QL
Fosinopril Sodium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Irbesartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
<b>Lanoxin (125mcg tableta, 187.5mcg tableta, 250mcg tableta, 62.5mcg tableta)</b>	1	
Lisinopril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Losartan Potassium/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Methyldopa/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Metoprolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Moexipril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Nadolol/ Bendroflumethiazide (tableta)	1	
Olmesartan Medoxomil/ Amlodipine/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Olmesartan Medoxomil/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Pentoxifylline ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Propranolol/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Quinapril/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
<b>Ranexa (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	1	QL
Spironolactone/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	
Telmisartan/ Amlodipine (tableta)	1	QL
Telmisartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Triamterene/ Hydrochlorothiazide (37.5mg-25mg tableta, 75mg-50mg tableta, 25mg-37.5mg cápsula)	1	
Valsartan/ Hydrochlorothiazide (tableta)	1	QL
Diuréticos, inhibidores de carbonato deshidratasa		
Acetazolamide (tableta de liberación inmediata)	1	
Acetazolamide ER (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	1	
Methazolamide (tableta)	1	
Diuréticos de asa		
Bumetanide (0.25mg/ml inyección)	1	
Bumetanide (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta)	1	
Ethacrynic Acid (tableta)	1	
Furosemide (10mg/ml inyección)	1	B/D, PA
Furosemide (10mg/ml solución oral, 8mg/ml solución oral)	1	
Furosemide (20mg tableta, 40mg tableta, 80mg tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Torsemide (tableta)	1	
Diuréticos ahorradores de potasio		
Amiloride HCl (tableta)	1	
<b>Dyrenium (cápsula)</b>	1	
Eplerenone (tableta)	1	
Spironolactone (tableta)	1	
Diuréticos tiazidas		
Chlorothiazide (tableta)	1	
Chlorthalidone (tableta)	1	
<b>Diuril (suspensión)</b>	1	
Hydrochlorothiazide (12.5mg cápsula, 12.5mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	1	
Indapamide (tableta)	1	
Methyclothiazide (tableta)	1	
Metolazone (tableta)	1	
Dislipidémicos, derivados del ácido fíbrico		
Fenofibrate (145mg tableta, 48mg tableta)	1	
Fenofibrate (160mg tableta, 54mg tableta)	1	
Fenofibrate Micronized (cápsula)	1	
<b>Fenofibric Acid (105mg tableta)</b>	1	
Fenofibric Acid (35mg tableta)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fenofibric Acid DR (cápsula de liberación retardada)	1	
Gemfibrozil (tableta)	1	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
Atorvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Fluvastatin (cápsula de liberación inmediata)	1	QL
<b>Livalo (tableta)</b>	1	QL
Lovastatin (tableta)	1	QL
Pravastatin Sodium (tableta)	1	QL
Rosuvastatin Calcium (tableta)	1	QL
Simvastatin (tableta)	1	QL
Dislipidémicos, otros		
Cholestyramine (paquete)	1	
Cholestyramine Light (polvo)	1	
Colesevelam HCl (tableta)	1	
Colestipol HCl (1gm tableta)	1	
Colestipol HCl (5gm paquete)	1	
Ezetimibe (tableta)	1	QL
Ezetimibe/Simvastatin (tableta)	1	QL
<b>Juxtapid (cápsula)</b>	1	PA, LA
<b>Kynamro (inyección)</b>	1	PA, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Niacin ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Niacor (tableta)	1	
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula) (Lovaza genérico)	1	QL
<b>Praluent (inyección)</b>	1	PA, QL, LA
Prevalite (paquete)	1	
<b>Repatha (inyección)</b>	1	PA, QL
<b>Repatha Pushtronex System (inyección)</b>	1	PA, QL
<b>Repatha SureClick (inyección)</b>	1	PA, QL
<b>Vascepa (cápsula)</b>	1	
<b>Welchol (3.75gm Packet)</b>	1	
Vasodilatadores arteriales de acción directa		
Hydralazine HCl (tableta)	1	
Minoxidil (tableta)	1	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa		
Isosorbide Dinitrate (tableta de liberación inmediata)	1	
Isosorbide Dinitrate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Isosorbide Mononitrate (tableta de liberación inmediata)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Isosorbide Mononitrate ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Minitran (parche 24 horas)	1	
Nitro-Bid (ungüento)	1	
Nitroglycerin (tableta sublingual)	1	
Nitroglycerin Lingual (solución translingual)	1	
Nitroglycerin Transdermal (parche 24 horas)	1	
<b>Nitrostat (tableta sublingual)</b>	1	
<b>Agentes del sistema nervioso central</b>		
Agentes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Amphetamine/ Dextroamphetamine (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 25mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 30mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
Amphetamine/ Dextroamphetamine (10mg tableta de liberación inmediata, 12.5mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata, 7.5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta, 5mg tableta)	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
<b>Vyvanse (10mg cápsula, 20mg cápsula, 30mg cápsula, 40mg cápsula, 50mg cápsula, 60mg cápsula, 70mg cápsula, 10mg tableta masticable, 20mg tableta masticable, 30mg tableta masticable, 40mg tableta masticable, 50mg tableta masticable, 60mg tableta masticable)</b>	1	
Agentes para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
Atomoxetine (cápsula)	1	QL
Clonidine HCl ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	PA
Dexmethylphenidate HCl (tableta de liberación inmediata)	1	QL
Dexmethylphenidate HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Guanfacine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	1	QL
Methylphenidate HCl (10mg tableta de liberación inmediata, 20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	1	QL
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	QL
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada, 20mg tableta de liberación prolongada)	1	QL
Agentes del sistema nervioso central, otros		
<b>Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	PA, QL
<b>Nuedexta (cápsula)</b>	1	PA
Riluzole (tableta)	1	
Tetrabenazine (tableta)	1	PA, QL, LA
Agentes para la fibromialgia		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Duloxetine HCl (20mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
<b>Lyrica (100mg cápsula, 150mg cápsula, 200mg cápsula, 225mg cápsula, 25mg cápsula, 300mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula, 20mg/ml solución oral)</b>	1	QL
<b>Savella (tableta)</b>	1	
<b>Savella Titration Pack</b>	1	
Agentes para la esclerosis múltiple		
<b>Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	1	QL, LA
<b>Aubagio (tableta)</b>	1	QL, LA
<b>Avonex (inyección)</b>	1	
<b>Avonex Pen (inyección)</b>	1	
<b>Betaseron (inyección)</b>	1	
<b>Gilenya (cápsula)</b>	1	QL
Glatiramer Acetate (jeringa precargada con solución)	1	
Glatopa (inyección)	1	
<b>Rebif (inyección)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Rebif Rebidose (inyección)</b>	1	
<b>Rebif Rebidose Titration Pack (inyección)</b>	1	
<b>Rebif Titration Pack (inyección)</b>	1	
<b>Tecfidera (cápsula de liberación retardada)</b>	1	QL, LA
<b>Tecfidera Starter Pack</b>	1	LA
Agentes dentales y bucales		
Agentes dentales y bucales		
Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse (solución)	1	
Periogard (solución)	1	
Pilocarpine HCl (5mg tableta, 7.5mg tableta)	1	
Triamcinolone Acetonide Dental Paste (pasta)	1	
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos		
Acitretin (cápsula)	1	
Adapalene (0.1% crema)	1	
Adapalene (0.1% gel)	1	
Ammonium Lactate (12% crema, 12% loción)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Calcipotriene (0.005% crema, 0.005% solución externa, 0.005% ungüento)	1	
<b>Calcitriol (3mcg/gm ungüento)</b>	1	
<b>Carac (crema)</b>	1	PA
Claravis (cápsula)	1	PA
Clindamycin Phosphate (1% solución externa, 1% gel, 1% loción, 1% hisopo)	1	
Clindamycin/Benzoyl Peroxide (1%-5% gel) (BenzaClin genérico)	1	
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% crema)	1	
Clotrimazole/Betamethasone Dipropionate (1%-0.05% loción)	1	
<b>Cortisporin (0.5%-0.5% crema, 1%-0.5% ungüento)</b>	1	
<b>Cosentyx (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Cosentyx Sensoready Pen (inyección)</b>	1	PA, LA
Diclofenac Sodium (3% gel)	1	PA
Doxepin HCl (crema)	1	PA, QL
<b>Elidel (crema)</b>	1	ST

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Ery (2% almohadilla)	1	
Erythromycin (2% solución externa)	1	
Erythromycin (2% gel)	1	
Erythromycin/Benzoyl Peroxide (gel)	1	
<b>Finacea (15% espuma, 15% gel)</b>	1	
Fluorouracil (0.5% crema)	1	
Fluorouracil (2% solución externa, 5% solución externa)	1	
Fluorouracil (5% crema)	1	
Imiquimod (crema)	1	
Isotretinoin (cápsula)	1	PA
Methoxsalen (cápsula)	1	
<b>Mirvaso (gel)</b>	1	
<b>Oxsoralen Ultra (cápsula)</b>	1	
<b>Picato (gel)</b>	1	
Podofilox (solución externa)	1	
<b>Prudoxin (crema)</b>	1	PA, QL
<b>Regranex (gel)</b>	1	PA
<b>Santyl (ungüento)</b>	1	
Selenium Sulfide (loción)	1	
<b>Stelara (inyección)</b>	1	PA
Tacrolimus (0.03% ungüento, 0.1% ungüento)	1	ST

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Tazarotene (crema)	1	PA
<b>Tazorac (0.05% crema, 0.1% gel)</b>	1	PA
<b>Tazorac (0.05% gel)</b>	1	PA
Tretinoin (0.01% gel, 0.025% gel, 0.025% crema, 0.05% crema, 0.1% crema)	1	PA
Tretinoin Microsphere (gel)	1	PA
<b>Zyclara Pump (crema)</b>	1	PA
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Reemplazos de electrolitos/minerales		
<b>Aminosyn 7%/ Electrolytes (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn 8.5%/ Electrolytes (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn II (10% inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn II 8.5%/ Electrolytes (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn-HBC (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn-PF (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Aminosyn-RF (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Carbaglu (tableta)</b>	1	LA
<b>Dextrose 10% (inyección)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Dextrose 10%/NaCl 0.2% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 10%/NaCl 0.45% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 2.5%/NaCl 0.45% (inyección)</b>	1	
Dextrose 5% (inyección)	1	B/D, PA
<b>Dextrose 5%/NaCl 0.2% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 5%/NaCl 0.225% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 5%/NaCl 0.33% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 5%/NaCl 0.45% (inyección)</b>	1	
<b>Dextrose 5%/NaCl 0.9% (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>FreAmine HBC 6.9% (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>HepatAmine (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Intralipid (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Ionosol-MB/Dextrose 5% (inyección)</b>	1	
<b>Isolyte-P/Dextrose 5% (inyección)</b>	1	
<b>Isolyte-S (inyección)</b>	1	
<b>KCl 0.075%/D5W/ NaCl 0.45% (inyección)</b>	1	
<b>KCl 0.15%/D5W/ NaCl 0.2% (inyección)</b>	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso	Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>KCl 0.15%/D5W/ NaCl 0.45% (inyección)</b>	1		<b>Magnesium Sulfate (1gm/2ml-50% inyección)</b>	1	
<b>KCl 0.15%/D5W/ NaCl 0.9% (inyección)</b>	1		Magnesium Sulfate (5gm/10ml-50% inyección)	1	
<b>KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.45% (inyección)</b>	1		<b>Nephramine (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>KCl 0.3%/D5W/NaCl 0.9% (inyección)</b>	1		<b>Normosol-M in D5W (inyección)</b>	1	
Klor-Con (paquete)	1		<b>Normosol-R (inyección)</b>	1	
<b>Klor-Con 10 (tableta de liberación prolongada)</b>	1		<b>Normosol-R in D5W (inyección)</b>	1	
<b>Klor-Con 8 (tableta de liberación prolongada)</b>	1		<b>Nutrilipid (inyección)</b>	1	B/D, PA
Klor-Con M10 (tableta de liberación prolongada)	1		<b>Plasma-Lyte A (inyección)</b>	1	
Klor-Con M15 (tableta de liberación prolongada)	1		<b>Plasma-Lyte-148 (inyección)</b>	1	
Klor-Con M20 (tableta de liberación prolongada)	1		Plenammine (inyección)	1	B/D, PA
Klor-Con Sprinkle (cápsula de liberación prolongada)	1		<b>Potassium Chloride (10% solución oral, 20% solución oral)</b>	1	
Levocarnitine (1gm/ 10ml solución oral)	1		<b>Potassium Chloride (10meq/100ml inyección, 20meq/ 100ml inyección, 40meq/100ml inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Levocarnitine (330mg tableta)</b>	1		Potassium Chloride (2meq/ml inyección)	1	B/D, PA
			Potassium Chloride CR (tableta de liberación prolongada)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Potassium Chloride ER (10meq cápsula de liberación prolongada, 8meq cápsula de liberación prolongada)	1	
Potassium Chloride ER (10meq tableta de liberación prolongada, 20meq tableta de liberación prolongada, 8meq tableta de liberación prolongada)	1	
<b>Potassium Chloride/Dextrose (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Potassium Chloride/Dextrose/Lactated Ringers (inyección)</b>	1	
<b>Potassium Chloride/Dextrose/Sodium Chloride (inyección)</b>	1	
Potassium Chloride/Sodium Chloride (20meq/L-0.45% inyección)	1	B/D, PA
<b>Potassium Chloride/Sodium Chloride (20meq/L-0.9% inyección, 40meq/L-0.9% inyección)</b>	1	B/D, PA
Potassium Citrate ER (tableta de liberación prolongada)	1	
Premasol (inyección)	1	B/D, PA
<b>Procalamine (inyección)</b>	1	B/D, PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Prosol (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Sodium Chloride 0.9% (solución de irrigación)</b>	1	
Sodium Chloride (0.9% inyección)	1	B/D, PA
<b>Sodium Chloride (2.5meq/ml inyección)</b>	1	
<b>Sodium Chloride (3% inyección, 5% inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Sodium Chloride 0.45% (inyección)</b>	1	
Sodium Fluoride (tableta)	1	
<b>Sodium Lactate (inyección)</b>	1	
<b>TPN Electrolytes (inyección)</b>	1	
<b>Travasol (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Trophamine (10% inyección)</b>	1	B/D, PA
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		
<b>Chemet (cápsula)</b>	1	
<b>Exjade (tableta soluble)</b>	1	PA
<b>Ferriprox (100mg/ml solución oral, 500mg tableta)</b>	1	PA
<b>Jadenu (tableta)</b>	1	PA
<b>Jadenu Sprinkle (paquete)</b>	1	PA

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Kionex (suspensión)	1	
<b>Samsca (tableta)</b>	1	PA, QL
Sodium Polystyrene Sulfonate (polvo)	1	
SPS (suspensión)	1	
Trientine HCl (cápsula)	1	PA, QL
Aglutinantes de fosfato		
<b>Auryxia (tableta)</b>	1	PA
Calcium Acetate (667mg cápsula, 667mg tableta)	1	
Lanthanum Carbonate (tableta masticable)	1	
<b>Phoslyra (solución oral)</b>	1	
Sevelamer Carbonate (0.8gm paquete, 2.4gm paquete)	1	
Sevelamer Carbonate (800mg tableta)	1	
<b>Velphoro (tableta masticable)</b>	1	
Vitaminas		
VP-PNV-DHA (cápsula)	1	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
<b>Cuvposa (solución oral)</b>	1	
Dicyclomine HCl (10mg cápsula, 10mg/5ml solución oral)	1	
Dicyclomine HCl (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Methscopolamine Bromide (tableta)	1	
Agentes gastrointestinales, otros		
Chenodal (tableta)	1	
Cromolyn Sodium (100mg/5ml concentrado)	1	
Diphenoxylate/ Atropine (2.5mg-0.025mg tableta, 2.5mg-0.025mg/5ml líquido)	1	
<b>Gattex (inyección)</b>	1	PA, LA
Loperamide HCl (cápsula)	1	
<b>Myalept (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Relistor (12mg/0.6ml inyección, 8mg/0.4ml inyección)</b>	1	PA
<b>Relistor (150mg tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Serostim (inyección)</b>	1	PA, LA
Ursodiol (250mg tableta, 500mg tableta)	1	
Ursodiol (300mg cápsula)	1	
<b>Zorbive (inyección)</b>	1	PA, LA
Antagonistas de los receptores de la histamina2 (H2)		
Cimetidine (tableta)	1	
Cimetidine HCl (solución oral)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Famotidine (20mg tableta, 40mg tableta)	1	
Famotidine (40mg/5ml suspensión)	1	
Ranitidine HCl (150mg tableta, 300mg tableta)	1	
Ranitidine HCl (75mg/5ml jarabe)	1	
Agentes para el síndrome del colon irritable		
Alosetron HCl (tableta)	1	PA
<b>Amitiza (cápsula)</b>	1	QL
<b>Linzess (cápsula)</b>	1	QL
<b>Xifaxan (tableta)</b>	1	PA
Laxantes		
Constulose (solución oral)	1	
Enulose (solución oral)	1	
GaviLyte-C (solución oral)	1	
GaviLyte-G (solución oral)	1	
GaviLyte-N/Flavor Pack (solución oral)	1	
Generlac (solución oral)	1	
Lactulose (solución oral)	1	
PEG 3350/Electrolytes (solución oral)	1	
PEG-3350/Electrolytes (solución oral) (GoLYTELY genérico)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
PEG-3350/NaCl/Na Bicarbonate/KCl (solución oral) (NuLYTELY genérico)	1	
Polyethylene Glycol 3350 Powder (MiraLAX genérico)	1	
<b>Suprep Bowel Prep Kit (solución oral)</b>	1	
TriLyte (solución oral)	1	
Protectores		
<b>Carafate (1gm/10ml suspensión)</b>	1	
Misoprostol (tableta)	1	
Sucralfate (tableta)	1	
Inhibidores de la bomba de protones		
<b>Dexilant (cápsula de liberación retardada)</b>	1	QL
Esomeprazole Magnesium (cápsula de liberación retardada) (Nexium genérico)	1	QL
Lansoprazole (15mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
<b>Nexium (10mg paquete, 2.5mg paquete, 20mg paquete, 40mg paquete, 5mg paquete)</b>	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Nexium (20mg cápsula de liberación retardada, 40mg cápsula de liberación retardada)</b>	1	QL
Omeprazole (10mg cápsula de liberación retardada, 40mg cápsula de liberación retardada)	1	QL
Omeprazole (20mg cápsula de liberación retardada)	1	
Pantoprazole Sodium (20mg tableta de liberación retardada, 40mg tableta de liberación retardada)	1	QL
<b>Prilosec (paquete)</b>	1	PA
Rabeprazole Sodium (tableta de liberación retardada)	1	
Trastorno genético o deficiencia enzimática: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético o deficiencia enzimática: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
<b>Aralast NP (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Cholbam (cápsula)</b>	1	PA
<b>Creon (cápsula de liberación retardada)</b>	1	
<b>Cystadane (polvo)</b>	1	
<b>Cystagon (cápsula)</b>	1	LA
<b>Glassia (inyección)</b>	1	PA, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Kuvan (100mg paquete, 500mg paquete, 100mg tableta soluble)</b>	1	LA
Miglustat (cápsula)	1	PA, LA
<b>Ocaliva (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Orfadin (10mg cápsula, 20mg cápsula, 2mg cápsula, 5mg cápsula, 4mg/ml suspensión)</b>	1	LA
<b>Prolastin-C (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Ravicti (líquido)</b>	1	QL, LA
Sodium Phenylbutyrate (3gm/ TSP polvo, 500mg tableta)	1	
<b>Sucraid (solución oral)</b>	1	LA
<b>Zemaira (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Zenpep (cápsula de liberación retardada)</b>	1	
Agentes genitourinarios		
Antiespasmódicos, urinarios		
<b>Myrbetriq (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	
Oxybutynin Chloride (5mg tableta de liberación inmediata, 5mg/5ml jarabe)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Oxybutynin Chloride ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	QL
<b>Vesicare (tableta)</b>	1	QL
Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
Alfuzosin HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Dutasteride (cápsula)	1	QL
Finasteride (5mg tableta) (Proscar genérico)	1	
<b>Rapaflo (4mg cápsula, 8mg cápsula)</b>	1	QL
Tamsulosin HCl (cápsula)	1	
Terazosin HCl (cápsula)	1	
Agentes genitourinarios, otros		
Bethanechol Chloride (tableta)	1	
<b>Cuprimine (cápsula)</b>	1	PA
<b>Depen Titratabs (tableta)</b>	1	
<b>Elmiron (cápsula)</b>	1	
<b>Lithostat (tableta)</b>	1	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		
Ala-Cort (crema)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Alclometasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1	
Augmented Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1	
Betamethasone Dipropionate (0.05% crema, 0.05% loción, 0.05% ungüento)	1	
Betamethasone Valerate (0.1% crema, 0.1% loción, 0.1% ungüento)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% gel, 0.05% ungüento, 0.05% champú)	1	
Clobetasol Propionate (0.05% solución externa)	1	
Clobetasol Propionate E (crema)	1	
<b>Cordran (cinta)</b>	1	
Cortisone Acetate (tableta)	1	
Desonide (0.05% ungüento)	1	



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Desoximetasone (0.05% crema, 0.25% crema)	1	
Dexamethasone (0.5mg tableta, 0.75mg tableta, 1.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 0.5mg/5ml tónico)	1	
Dexamethasone Intensol (1mg/ml concentrado)	1	
Fludrocortisone Acetate (tableta)	1	
Fluocinolone Acetonide (0.01% crema, 0.025% crema, 0.01% solución externa, 0.025% ungüento)	1	
Fluocinolone Acetonide Scalp (aceite)	1	
Fluocinonide (0.05% solución externa, 0.05% gel, 0.05% ungüento)	1	
Fluocinonide Emulsified Base (crema)	1	
Fluticasone Propionate (0.005% ungüento, 0.05% crema)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Halobetasol Propionate (0.05% crema, 0.05% ungüento)	1	
Hydrocortisone (1% crema, 2.5% crema, 1% ungüento, 2.5% ungüento)	1	
Hydrocortisone (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 2.5% loción)	1	
Hydrocortisone Butyrate (0.1% ungüento)	1	
Hydrocortisone Valerate (0.2% crema, 0.2% ungüento)	1	
Methylprednisolone (tableta)	1	
Methylprednisolone Dose Pack (tableta, paquete de tratamiento)	1	
Mometasone Furoate (0.1% crema, 0.1% solución externa, 0.1% ungüento)	1	
Prednicarbate (0.1% crema, 0.1% ungüento)	1	
Prednisolone (15mg/5ml solución oral)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Prednisolone Sodium Phosphate (10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)	1	
Prednisolone Sodium Phosphate (25mg/5ml solución oral, 5mg/5ml solución oral)	1	
Prednisone (10mg tableta, paquete de tratamiento, 5mg tableta, paquete de tratamiento, 10mg tableta, 1mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 50mg tableta, 5mg tableta)	1	
Prednisone (5mg/5ml solución oral)	1	
Prednisone Intensol (5mg/ml concentrado)	1	
Triamcinolone Acetonide (0.025% crema, 0.1% crema, 0.5% crema, 0.025% ungüento, 0.1% ungüento, 0.5% ungüento)	1	
Triamcinolone Acetonide (0.025% loción, 0.1% loción)	1	
Triderm (crema)	1	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Desmopressin Acetate (0.01% solución atomizador nasal)	1	
Desmopressin Acetate (0.1mg tableta, 0.2mg tableta)	1	
<b>Genotropin (12mg inyección, 5mg inyección)</b>	1	PA
<b>Genotropin Miniquick (0.2mg inyección)</b>	1	PA
<b>Genotropin Miniquick (0.4mg inyección, 0.6mg inyección, 0.8mg inyección, 1.2mg inyección, 1.4mg inyección, 1.6mg inyección, 1.8mg inyección, 1mg inyección, 2mg inyección)</b>	1	PA
<b>Humatrope (inyección)</b>	1	PA
<b>Humatrope Combo Pack (inyección)</b>	1	PA
<b>Increlex (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Norditropin FlexPro (inyección)</b>	1	PA
<b>Nutropin AQ (inyección)</b>	1	PA
<b>Saizen (inyección)</b>	1	PA, LA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
<b>Korlym (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas/modificadores sexuales)		
Andrógenos		
<b>Anadrol-50 (tableta)</b>	1	PA
<b>Androderm (parche 24 horas)</b>	1	QL
Danazol (cápsula)	1	
Oxandrolone (10mg tableta)	1	PA, QL
Oxandrolone (2.5mg tableta)	1	PA, QL
Testosterone (25mg/2.5gm 1% gel, 50mg/5gm 1% gel)	1	
Testosterone Cypionate (inyección)	1	
Testosterone Enanthate (inyección)	1	
Testosterone Pump (1% gel)	1	
Estrógenos		
Altavera (tableta)	1	
Alyacen 1/35 (tableta)	1	
Amethia (tableta)	1	
Amethia Lo (tableta)	1	
Apri (tableta)	1	
Aranelle (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Ashlyna (tableta)	1	
Aubra (tableta)	1	
Aviane (tableta)	1	
Balziva (tableta)	1	
Blisovi 24 Fe (tableta)	1	
Blisovi Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Blisovi Fe 1/20 (tableta)	1	
Briellyn (tableta)	1	
Camrese Lo (tableta)	1	
Caziant (tableta)	1	
<b>Climara Pro (parche semanal)</b>	1	
Cryselle-28 (tableta)	1	
Cyclafem (tableta)	1	
Delyla (tableta)	1	
Depo-Estradiol (inyección)	1	
Desogestrel/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Drospirenone/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
<b>Duavee (tableta)</b>	1	
<b>Elestrin (gel)</b>	1	
Emoquette (tableta)	1	
Enpresse-28 (tableta)	1	
Enskyce (tableta)	1	
Estaylla (tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Estradiol (0.025mg/24hr parche semanal, 0.05mg/24hr parche semanal, 0.06mg/24hr parche semanal, 0.075mg/24hr parche semanal, 0.1mg/24hr parche semanal, 37.5mcg/24hr parche semanal)	1	QL
Estradiol (0.1mg/gm crema)	1	
Estradiol (0.5mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta) (Estrace genérico)	1	
Estradiol (10mcg tableta)	1	QL
Estradiol Valerate (inyección)	1	
<b>Estring (anillo)</b>	1	
Ethinodiol Diacetate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Falmina (tableta)	1	
<b>Femring (anillo)</b>	1	
Femynor (tableta)	1	
Fyavolv (tableta)	1	
Gianvi (tableta)	1	
Introvale (tableta)	1	
Isibloom (tableta)	1	
Jinteli (tableta)	1	
Juleber (tableta)	1	
Junel 1.5/30 (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Junel 1/20 (tableta)	1	
Junel Fe 1.5/30 (tableta)	1	
Junel Fe 1/20 (tableta)	1	
Junel Fe 24 (tableta)	1	
Kaitlib Fe (tableta masticable)	1	
Kariva (tableta)	1	
Kelnor 1/35 (tableta)	1	
Kelnor 1/50 (tableta)	1	
Kimidess (tableta)	1	
Kurvelo (tableta)	1	
LARIN 1.5/30 (tableta)	1	
LARIN 1/20 (tableta)	1	
LARIN Fe 1.5/30 (tableta)	1	
LARIN Fe 1/20 (tableta)	1	
Larissia (tableta)	1	
<b>Layolis Fe (tableta masticable)</b>	1	
Leena (tableta)	1	
Lessina (tableta)	1	
Levonest (tableta)	1	
Levonorgestrel and Ethinyl Estradiol (90mcg-20mcg tableta)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol (0.15mg-30mcg tableta, 0.1mg-20mcg tableta, 0.05mg-30mcg/0.075mg-40mcg/0.125mg-30mcg tableta, 0.1-0.02mg/0.01mg tableta, 0.15mg-0.03mg/0.01mg tableta, 0.15mg-0.02mg/0.025mg/0.03mg/0.01mg tableta)	1	
Levora 0.15/30-28 (tableta)	1	
Loryna (tableta)	1	
Low-Ogestrel (tableta)	1	
Lutera (tableta)	1	
Marlissa (tableta)	1	
Melodetta 24 Fe (tableta masticable)	1	
Menest (tableta)	1	
Mibelas 24 Fe (tableta masticable)	1	
Microgestin 1.5/30 (tableta)	1	
Microgestin 1/20 (tableta)	1	
Microgestin Fe (tableta)	1	
Microgestin Fe 1.5/30 (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Mili (tableta)	1	
<b>MonoNessa (tableta)</b>	1	
Necon 0.5/35-28 (tableta)	1	
<b>Necon 7/7/7 (tableta)</b>	1	
Nikki (tableta)	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol (0.5mg-2.5mcg tableta, 1mg-20mcg tableta, 1mg-5mcg tableta)	1	
Norethindrone Acetate/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta, tableta masticable)	1	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol/Ferrous Fumarate (tableta masticable)	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol (tableta)	1	
Nortrel 0.5/35 (28) (tableta)	1	
Nortrel 1/35 (tableta)	1	
Nortrel 7/7/7 (tableta)	1	
<b>NuvaRing (anillo)</b>	1	
Ocella (tableta)	1	
Ogestrel (tableta)	1	
Orsythia (tableta)	1	
Pimtrea (tableta)	1	
Pirmella 1/35 (tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Portia-28 (tableta)	1	
<b>Premarin (0.3mg tableta, 0.45mg tableta, 0.625mg tableta, 0.9mg tableta, 1.25mg tableta)</b>	1	QL
<b>Premarin (crema vaginal)</b>	1	
<b>Premphase (tableta)</b>	1	QL
<b>Prempro (tableta)</b>	1	QL
Previfem (tableta)	1	
Quasense (tableta)	1	
Reclipsen (tableta)	1	
Setlakin (tableta)	1	
Sprintec 28 (tableta)	1	
Sronyx (tableta)	1	
Syeda (tableta)	1	
Tarina Fe 1/20 (tableta)	1	
Tri-Legest Fe (tableta)	1	
Tri-Lo-Estarylla (tableta)	1	
Tri-Lo-Sprintec (tableta)	1	
Tri-Mili (tableta)	1	
Tri-Previfem (tableta)	1	
Tri-Sprintec (tableta)	1	
Tri-Vylibra (tableta)	1	
<b>Trinessa (tableta)</b>	1	
Trivora-28 (tableta)	1	
Velivet (tableta)	1	
Vestura (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Vienva (tableta)	1	
Vyfemla (tableta)	1	
Vylibra (tableta)	1	
WYMZYA Fe (tableta masticable)	1	
Xulane (parche semanal)	1	
Yuvaferm (tableta)	1	QL
Zarah (tableta)	1	
Zenchent (tableta)	1	
Zovia 1/35E (tableta)	1	
<b>Progestinas</b>		
Camila (tableta)	1	
<b>Crinone (gel)</b>	1	PA
Deblitane (tableta)	1	
<b>Depo-Provera (inyección)</b>	1	
Errin (tableta)	1	
<b>Jolivette (tableta)</b>	1	
Lyza (tableta)	1	
Medroxyprogesterone Acetate (10mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)	1	
Medroxyprogesterone Acetate (150mg/ml inyectable, jeringa precargada)	1	
Megestrol Acetate (20mg tableta, 40mg tableta, 40mg/ml suspensión)	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Megestrol Acetate (625mg/5ml suspensión)	1	
Nora-BE (tableta)	1	
Norethindrone (0.35mg tableta)	1	
Norethindrone Acetate (5mg tableta)	1	
Norlyroc (tableta)	1	
Progesterone (cápsula)	1	
Sharobel (tableta)	1	
Agentes modificadores del receptor de estrógenos selectivo		
<b>Osphena (tableta)</b>	1	PA, QL
Raloxifene HCl (tableta)	1	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Levothyroxine Sodium (tableta)	1	
<b>Levoxyl (tableta)</b>	1	
Liothyronine Sodium (tableta)	1	
<b>Synthroid (tableta)</b>	1	
<b>Unithroid (tableta)</b>	1	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
<b>Lysodren (tableta)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Cabergoline (tableta)	1	
<b>Egrifta (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Firmagon (120mg inyección)</b>	1	PA
<b>Firmagon (80mg inyección)</b>	1	PA
Leuprolide Acetate (inyección)	1	PA
<b>Lupaneta Pack (paquete)</b>	1	PA
<b>Lupron Depot (1 mes) (inyección)</b>	1	PA
<b>Lupron Depot (3 meses) (inyección)</b>	1	PA
<b>Lupron Depot (4 meses) (inyección)</b>	1	PA
<b>Lupron Depot (6 meses) (inyección)</b>	1	PA
Octreotide Acetate (inyección)	1	PA
<b>Signifor (inyección)</b>	1	PA, LA
<b>Somatuline Depot (inyección)</b>	1	
<b>Somavert (inyección)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Synarel (solución nasal)</b>	1	
<b>Trelstar Mixject (inyección)</b>	1	PA
Agentes hormonales, supresores (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
Methimazole (tableta)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Propylthiouracil (tableta)	1	
Agentes inmunológicos		
Agentes para el angioedema		
<b>Beriner</b> (inyección)	1	PA, LA
<b>Cinryze</b> (inyección)	1	PA, LA
<b>Firazy</b> (inyección)	1	PA, QL, LA
<b>Haegarda</b> (inyección)	1	PA, LA
<b>Ruconest</b> (inyección)	1	PA, LA
Supresores inmunológicos		
Azathioprine (tableta)	1	B/D, PA
<b>Cimzia</b> (inyección)	1	PA
Cyclosporine (cápsula)	1	B/D, PA
Cyclosporine Modified (100mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
<b>Enbrel</b> (inyección)	1	PA
<b>Enbrel SureClick</b> (inyección)	1	PA
Gengraf (100mg cápsula, 25mg cápsula, 100mg/ml solución oral)	1	B/D, PA
<b>Humira</b> (inyección)	1	PA
<b>Humira Pediatric Crohns Disease Starter Pack</b> (inyección)	1	PA
<b>Humira Pen</b> (inyección)	1	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Humira Pen Crohns Disease Starter Pack</b> (inyección)	1	PA
<b>Humira Pen-Psoriasis Starter</b> (inyección)	1	PA
<b>Kineret</b> (inyección)	1	PA
Methotrexate (tableta)	1	
Methotrexate Sodium (inyección)	1	
Mycophenolate Mofetil (200mg/ml suspensión)	1	B/D, PA
Mycophenolate Mofetil (250mg cápsula, 500mg tableta)	1	B/D, PA
Mycophenolic Acid DR (tableta de liberación retardada)	1	B/D, PA
<b>Orencia</b> (inyección)	1	PA
<b>Orencia Clickject</b> (inyección)	1	PA
<b>Rapamune (1mg/ml solución oral)</b>	1	B/D, PA
<b>Sandimmune (100mg/ml solución oral)</b>	1	B/D, PA
<b>Simponi</b> (inyección)	1	PA
Sirolimus (tableta)	1	B/D, PA
Tacrolimus (0.5mg cápsula, 1mg cápsula, 5mg cápsula)	1	B/D, PA
Trexall (tableta)	1	
<b>Xatmep</b> (solución oral)	1	PA



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Xeljanz (tableta)	1	PA, QL
Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	PA, QL
Zortress (tableta)	1	B/D, PA
Agentes de inmunización, pasivos		
BIVIGAM (inyección)	1	PA
Carimune Nanofiltered (inyección)	1	PA
Flebogamma DIF (inyección)	1	PA
Gammagard Liquid (inyección)	1	PA
Gammagard S/D IGA Less Than 1 mcg/ml (inyección)	1	PA
Gammaked (inyección)	1	PA
Gammaplex (inyección)	1	PA
Gamunex-C (inyección)	1	PA
Octagam (inyección)	1	PA
Privigen (inyección)	1	PA
Varizig (inyección)	1	
Inmunomoduladores		
Actemra (inyección)	1	PA
Actimmune (inyección)	1	LA
Arcalyst (inyección)	1	PA, LA
Benlysta (inyección)	1	PA
Leflunomide (tableta)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Otezla (tableta, paquete de tratamiento, 30mg tableta)	1	PA, LA
Ridaura (cápsula)	1	
Xolair (inyección)	1	PA, LA
Vacunas		
ActHIB (inyección)	1	
Adacel (inyección)	1	
BCG Vaccine (inyección)	1	
Bexsero (inyección)	1	
Boostrix (inyección)	1	
Daptacel (inyección)	1	
Diphtheria/Tetanus Toxoids Adsorbed Pediatric (inyección)	1	
Engerix-B (inyección)	1	B/D, PA
Gardasil 9 (inyección)	1	
Havrix (inyección)	1	
Hiberix (inyección)	1	
Imovax Rabies (H.D.C.V.) (inyección)	1	B/D, PA
Infanrix (inyección)	1	
IPOL Inactivated IPV (inyección)	1	
Ixiaro (inyección)	1	
Kinrix (inyección)	1	
M-M-R II (inyección)	1	
Menactra (inyección)	1	
Menveo (inyección)	1	
Pediarix (inyección)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Pedvax HIB (inyección)</b>	1	
<b>ProQuad (inyección)</b>	1	
<b>Quadracel (inyección)</b>	1	
<b>Rabavert (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Recombivax HB (inyección)</b>	1	B/D, PA
<b>Rotarix (suspensión)</b>	1	
<b>RotaTeq (solución oral)</b>	1	
<b>Shingrix (inyección)</b>	1	PA
<b>Tenivac (inyección)</b>	1	
<b>Tetanus/Diphtheria Toxoids-Adsorbed Adult (inyección)</b>	1	
<b>Trumenba (inyección)</b>	1	
<b>Twinrix (inyección)</b>	1	
<b>Typhim Vi (inyección)</b>	1	
<b>VAQTA (inyección)</b>	1	
<b>Varivax (inyección)</b>	1	
<b>YF-Vax (inyección)</b>	1	
<b>Zostavax (inyección)</b>	1	PA
<b>Agentes para las enfermedades inflamatorias intestinales</b>		
Aminosalicilatos		
<b>Apriso (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	1	QL
Balsalazide Disodium (cápsula)	1	
<b>Canasa (supositorio)</b>	1	
<b>Dipentum (cápsula)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Lialda (tableta de partículas de liberación retardada)</b>	1	QL
Mesalamine (enema)	1	QL
Mesalamine DR (1.2gm tableta de liberación retardada)	1	QL
<b>Pentasa (cápsula de liberación prolongada)</b>	1	QL
<b>Glucocorticoides</b>		
Budesonide (3mg cápsula de liberación retardada)	1	
Budesonide ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	ST
Colocort (enema)	1	
Hydrocortisone (100mg/60ml enema)	1	
Procto-Med HC (crema)	1	
Procto-Pak (crema)	1	
Proctosol HC (crema)	1	
Proctozone-HC (crema)	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
Sulfasalazine (500mg tableta de liberación retardada, 500mg tableta de liberación inmediata)	1	
<b>Agentes para la osteopatía metabólica</b>		
<b>Agentes para la osteopatía metabólica</b>		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Alendronate Sodium (10mg tableta, 35mg tableta, 40mg tableta, 5mg tableta, 70mg tableta)	1	QL
Alendronate Sodium (70mg/75ml solución oral)	1	
<b>Binosto (tableta efervescente)</b>	1	QL
Calcitonin-Salmon (solución nasal)	1	QL
Calcitriol (0.25mcg cápsula, 0.5mcg cápsula, 1mcg/ml solución oral)	1	B/D, PA
Doxercalciferol (cápsula)	1	B/D, PA, QL
Etidronate Disodium (tableta)	1	
<b>Forteo (inyección)</b>	1	PA, QL
Ibandronate Sodium (tableta)	1	QL
<b>Natpara (inyección)</b>	1	PA, LA
Paricalcitol (cápsula)	1	B/D, PA
<b>Prolia (inyección)</b>	1	QL
<b>Rayaldee (cápsula de liberación prolongada)</b>	1	QL
Risedronate Sodium (tableta de liberación inmediata)	1	QL
<b>Sensipar (tableta)</b>	1	B/D, PA, QL
<b>Tymlos (inyección)</b>	1	PA, QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Xgeva (inyección)</b>	1	PA
Agentes terapéuticos varios		
Agentes terapéuticos varios		
Alcohol Prep Pads	1	
Gauze (2X2 no medicinal)	1	
Insulin Syringes, Needles	1	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos, otros		
<b>Atropine Sulfate (solución oftálmica)</b>	1	
Bacitracin/Polymyxin B (ungüento oftálmico)	1	
<b>Blephamide (suspensión)</b>	1	
Blephamide S.O.P. (ungüento)	1	
<b>Cystaran (solución oftálmica)</b>	1	LA
<b>Lacrisert (insertable)</b>	1	
<b>Lastacft (solución oftálmica)</b>	1	
Neomycin/Bacitracin/Polymyxin (ungüento)	1	
Neomycin/Polymyxin/Bacitracin/Hydrocortisone (ungüento oftálmico)	1	
Neomycin/Polymyxin/Dexamethasone (0.1% ungüento oftálmico, 0.1% suspensión oftálmica)	1	

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Neomycin/Polymyxin/ Gramicidin (solución oftálmica)	1	
Neomycin/Polymyxin/ Hydrocortisone (1% suspensión oftálmica)	1	
Polymyxin B Sulfate/ Trimethoprim Sulfate (solución oftálmica)	1	
<b>Pred-G (suspensión)</b>	1	
<b>Pred-G S.O.P. (ungüento)</b>	1	
Proparacaine HCl (solución oftálmica)	1	
<b>Restasis (emulsión)</b>	1	QL
Sulfacetamide Sodium/ Prednisolone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	1	
<b>Tobradex (0.3%-0.1% ungüento oftálmico)</b>	1	
<b>Tobradex ST (suspensión oftálmica)</b>	1	
Tobramycin/ Dexamethasone (suspensión oftálmica)	1	
<b>Xiidra (solución oftálmica)</b>	1	QL
Agentes antialérgicos oftálmicos		
<b>Alocril (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Alomide (solución oftálmica)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Azelastine HCl (0.05% solución oftálmica)	1	
<b>Bepreve (solución oftálmica)</b>	1	
Cromolyn Sodium (4% solución oftálmica)	1	
Epinastine HCl (solución oftálmica)	1	
Olopatadine HCl (solución oftálmica)	1	
<b>Pazeo (solución oftálmica)</b>	1	
Agentes antiglaucoma oftálmicos		
<b>Alphagan P (0.1% solución oftálmica)</b>	1	
Apraclonidine (solución oftálmica)	1	
<b>Azopt (suspensión)</b>	1	
Betaxolol HCl (0.5% solución oftálmica)	1	
<b>Betimol (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Brimonidine Tartrate (0.15% solución oftálmica)</b>	1	
Brimonidine Tartrate (0.2% solución oftálmica)	1	
Carteolol HCl (solución oftálmica)	1	
<b>Combigan (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Cosopt PF (solución oftálmica)</b>	1	

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Dorzolamide HCl (solución oftálmica)	1	
Dorzolamide HCl/ Timolol Maleate (solución oftálmica)	1	
Levobunolol HCl (solución oftálmica)	1	
Metipranolol (solución oftálmica)	1	
<b>Phospholine Iodide (solución oftálmica)</b>	1	
Pilocarpine HCl (1% solución oftálmica, 2% solución oftálmica, 4% solución oftálmica)	1	
<b>Simbrinza (suspensión)</b>	1	
Timolol Maleate (0.25% solución oftálmica, 0.5% solución oftálmica) (Timoptic genérico)	1	
Timolol Maleate Ophthalmic Gel Forming (solución)	1	
<b>Antiinflamatorios oftálmicos</b>		
Dexamethasone Sodium Phosphate (solución oftálmica)	1	
Diclofenac Sodium (0.1% solución oftálmica)	1	
<b>Durezol (emulsión)</b>	1	
<b>Flarex (suspensión)</b>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Fluorometholone (suspensión oftálmica)	1	
Flurbiprofen Sodium (solución oftálmica)	1	
<b>FML (ungüento)</b>	1	
<b>FML Forte (suspensión)</b>	1	
<b>Ilevro (suspensión)</b>	1	
Ketorolac Tromethamine (solución oftálmica)	1	
<b>Lotemax (0.5% gel, 0.5% ungüento, 0.5% suspensión)</b>	1	
<b>Pred Mild (suspensión)</b>	1	
Prednisolone Acetate (suspensión oftálmica)	1	
Prednisolone Sodium Phosphate (1% solución oftálmica)	1	
<b>Prolensa (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Análogos de la prostaglandina y prostamida oftálmica</b>		
Latanoprost (solución oftálmica)	1	
<b>Lumigan (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Travatan Z (solución oftálmica)</b>	1	
<b>Agentes óticos</b>		
<b>Agentes óticos</b>		

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Acetic Acid (solución ótica)	1	
<b>Cipro HC (suspensión)</b>	1	
<b>Ciprodex (suspensión ótica)</b>	1	
<b>Coly-Mycin S (suspensión)</b>	1	
Fluocinolone Acetonide (0.01% aceite ótico)	1	
Hydrocortisone/Acetic Acid (solución ótica)	1	
Neomycin/Polymyxin/Hydrocortisone (1% solución ótica, 1% suspensión ótica)	1	
<b>Agentes pulmonares/del tracto respiratorio</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
Azelastine HCl (0.1% solución nasal, 0.15% solución nasal)	1	
Cetirizine HCl (solución oral)	1	
Cyproheptadine HCl (2mg/5ml jarabe, 4mg tableta)	1	
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	1	QL
Phenadoz (supositorio)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Promethazine HCl (12.5mg supositorio, 25mg supositorio)	1	
Promethazine HCl (12.5mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 6.25mg/5ml jarabe)	1	
Promethegan (25mg supositorio)	1	
<b>Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables</b>		
<b>Arnuity Ellipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol, 50mcg/act polvo en aerosol)</b>	1	QL
Budesonide (0.25mg/2ml suspensión, 0.5mg/2ml suspensión, 1mg/2ml suspensión)	1	B/D, PA
<b>Flovent Diskus (polvo en aerosol)</b>	1	QL
<b>Flovent HFA (aerosol)</b>	1	QL
Flunisolide (solución nasal)	1	
Fluticasone Propionate (50mcg/act suspensión)	1	
Mometasone Furoate (50mcg/act suspensión)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Triamcinolone Acetonide (55mcg/act aerosol)	1	
<b>Antileucotrienos</b>		
Montelukast Sodium (10mg tableta)	1	QL
Montelukast Sodium (4mg paquete, 4mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	1	QL
Zafirlukast (tableta)	1	QL
Zileuton ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	ST
<b>Zyflo (tableta)</b>	1	ST
<b>Broncodilatadores, anticolinérgicos</b>		
<b>Atrovent HFA (solución en aerosol)</b>	1	
<b>Incruse Ellipta (polvo en aerosol)</b>	1	QL
Ipratropium Bromide (0.02% solución para inhalar)	1	B/D, PA
Ipratropium Bromide (0.03% solución nasal, 0.06% solución nasal)	1	
<b>Spiriva HandiHaler (cápsula)</b>	1	QL
<b>Spiriva Respimat (solución en aerosol)</b>	1	QL
<b>Broncodilatadores, simpaticomiméticos</b>		

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Albuterol Sulfate (0.083% solución para nebulizador, 0.5% solución para nebulizador, 0.63mg/3ml solución para nebulizador, 1.25mg/3ml solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Albuterol Sulfate (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata)	1	
Epinephrine (0.15mg/0.3ml inyección, 0.3mg/0.3ml inyección) (EpiPen genérico)	1	QL
<b>EpiPen (inyección)</b>	1	QL
Levalbuterol (solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Metaproterenol Sulfate (10mg tableta, 20mg tableta, 10mg/5ml jarabe)	1	
<b>Perforomist (solución para nebulizador)</b>	1	B/D, PA, QL
<b>ProAir HFA (solución en aerosol)</b>	1	
<b>ProAir RespiClick (polvo en aerosol)</b>	1	
<b>Serevent Diskus (polvo en aerosol)</b>	1	QL

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Agentes para la fibrosis quística		
<b>Bethkis (solución para nebulizador)</b>	1	B/D, PA, QL
<b>Cayston (solución para inhalar)</b>	1	PA, LA
<b>Kalydeco (150mg tableta, 50mg paquete, 75mg paquete)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Orkambi (tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>TOBI Podhaler (cápsula)</b>	1	PA, QL
Tobramycin (solución para nebulizador)	1	B/D, PA, QL
Estabilizadores de mastocitos		
Cromolyn Sodium (20mg/2ml solución para nebulizador)	1	B/D, PA
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedades de las vías respiratorias		
<b>Daliresp (tableta)</b>	1	PA, QL
Theophylline (solución oral)	1	
Theophylline CR (tableta de liberación prolongada 12 horas)	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Theophylline ER (300mg tableta de liberación prolongada 12 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 600mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	1	
Antihipertensivos pulmonares		
<b>Adcirca (tableta)</b>	1	PA, QL
<b>Adempas (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Opsumit (tableta)</b>	1	PA, LA
<b>Orenitram (0.125mg tableta de liberación prolongada)</b>	1	PA, LA
<b>Orenitram (0.25mg tableta de liberación prolongada, 1mg tableta de liberación prolongada, 2.5mg tableta de liberación prolongada, 5mg tableta de liberación prolongada)</b>	1	PA, LA
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	1	PA, QL
<b>Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta, 32mg tableta soluble)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Ventavis (solución para inhalar)</b>	1	PA, QL, LA

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Agentes para la fibrosis pulmonar		
<b>Esbriet (267mg cápsula, 267mg tableta, 801mg tableta)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Ofev (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA
Agentes del tracto respiratorio, otros		
Acetylcysteine (solución para inhalar)	1	B/D, PA
<b>Advair Diskus (polvo en aerosol)</b>	1	QL
<b>Advair HFA (aerosol)</b>	1	QL
<b>Anoro Ellipta (polvo en aerosol)</b>	1	QL
<b>Bevespi Aerosphere (aerosol)</b>	1	QL
<b>Breo Ellipta (polvo en aerosol)</b>	1	QL
<b>Combivent Respimat (solución en aerosol)</b>	1	
<b>Dulera (aerosol)</b>	1	QL
<b>Dymista (suspensión)</b>	1	
Fluticasone Propionate/Salmeterol (polvo en aerosol)	1	QL
Ipratropium Bromide/Albuterol Sulfate (solución para inhalar)	1	B/D, PA
<b>Nucala (inyección)</b>	1	PA, QL, LA
<b>Pulmozyme (solución para inhalar)</b>	1	B/D, PA, QL
<b>Stiolto Respimat (solución en aerosol)</b>	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Symbicort (aerosol)</b>	1	QL
<b>Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)</b>	1	QL
Relajantes de músculos esqueléticos		
Relajantes de músculos esqueléticos		
Baclofen (10mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta)	1	
Chlorzoxazone (500mg tableta)	1	
Cyclobenzaprine HCl (10mg tableta, 5mg tableta)	1	
Cyclobenzaprine HCl (7.5mg tableta)	1	
Dantrolene Sodium (cápsula)	1	
Tizanidine HCl (2mg tableta, 4mg tableta)	1	
Agentes para trastornos del sueño		
Moduladores receptores de GABA		
Temazepam (15mg cápsula, 30mg cápsula)	1	QL
Zaleplon (cápsula)	1	QL
Zolpidem Tartrate (10mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	1	QL
Trastornos del sueño, otros		
<b>Belsomra (tableta)</b>	1	QL
<b>Hetlioz (cápsula)</b>	1	PA, QL, LA

Encontrará una explicación del significado de las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 6 - 7.

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
Modafinil (tableta)	1	PA, QL
<b>Rozerem (tableta)</b>	1	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Reglas de Cobertura o Límites de uso
<b>Xyrem (solución oral)</b>	1	PA, QL, LA

## Medicamentos cubiertos con límite de cantidad (QL)

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

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

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente en el cuadro a continuación.

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Abacavir (20mg/ml solución oral)	Máximo de 48 ml por día
Abacavir (300mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Abacavir Sulfate/Lamivudine/Zidovudine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Abacavir/Lamivudine (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Abstral (tableta sublingual)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Acarbose (100mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Acarbose (25mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Acarbose (50mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Acetaminophen/Codeine (120mg-12mg/5ml solución oral)	Máximo de 150 ml por día
Acetaminophen/Codeine (300mg-15mg tableta, 300mg-30mg tableta, 300mg-60mg tableta)	Máximo de 13 tabletas por día
Acyclovir (5% ungüento)	Máximo de 1 tubo (30 gramos) cada 30 días
<b>Adcirca (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Advair Diskus (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
<b>Advair HFA (aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
Afeditab CR (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Albenza (tableta)</b>	Máximo de 16 tabletas por día
<b>Alecensa (cápsula)</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
Alendronate Sodium (10mg tableta, 40mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Alendronate Sodium (35mg tableta)	Máximo de 8 tabletas cada 28 días

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Alendronate Sodium (70mg tableta)	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Alprazolam (0.25mg tableta de liberación inmediata, 0.5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (1mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Alprazolam (2mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 5 tabletas por día
<b>Alunbrig (180mg tableta, 90mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Alunbrig (30mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Alunbrig (tableta, paquete de tratamiento)</b>	Máximo de 1 paquete (30 tabletas) cada 30 días
<b>Amitiza (cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Amlodipine Besylate/Atorvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine Besylate/Benazepril HCl (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Amlodipine Besylate/Valsartan (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine/Olmesartan Medoxomil (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amlodipine/Valsartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 20mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 25mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 30mg cápsula de liberación prolongada 24 horas, 5mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 cápsulas por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (10mg tableta de liberación inmediata, 12.5mg tableta de liberación inmediata, 15mg tableta de liberación inmediata, 30mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata, 7.5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Amphetamine/Dextroamphetamine (20mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Ampyra (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Androderm (parche 24 horas)</b>	Máximo de 1 parche por día
<b>Anoro Ellipta (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Apokyn (inyección)</b>	Máximo de 3 ml por día
<b>Apriso (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Aptiom (200mg tableta, 400mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Aptiom (600mg tableta, 800mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Aptivus (100mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 15 ml por día
<b>Aptivus (250mg cápsula)</b>	Máximo de 6 cápsulas por día
Aripiprazole (10mg tableta, 15mg tableta, 20mg tableta, 2mg tableta, 30mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Aripiprazole (1mg/ml solución oral)	Máximo de 25 ml por día
Aripiprazole ODT (10mg tableta dispersable)	Máximo de 3 tabletas por día
Aripiprazole ODT (15mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Arnuity Ellipta (100mcg/act polvo en aerosol, 200mcg/act polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
<b>Arnuity Ellipta (50mcg/act polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
Aspirin/Dipyridamole (cápsula de liberación prolongada 12 horas)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (150mg cápsula, 300mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atazanavir Sulfate (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Atomoxetine (100mg cápsula, 60mg cápsula, 80mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Atomoxetine (10mg cápsula, 18mg cápsula, 25mg cápsula, 40mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Atorvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Atripla (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Aubagio (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Avandia (2mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Avandia (4mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Belsomra (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Benazepril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Benazepril HCl/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Bethkis (solución para nebulizador)</b>	Máximo de 8 ml (2 ampollas) por día
<b>Bevespi Aerosphere (aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (10.7 gramos) cada 30 días
<b>Bidil (tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Biktarvy (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Binosto (tableta efervescente)</b>	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Bisoprolol Fumarate/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Bosulif (100mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Bosulif (400mg tableta, 500mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Breo Ellipta (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
<b>Brilinta (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Briviact (100mg tableta, 10mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta, 75mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Briviact (10mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 20 ml por día
Buprenorphine HCl (tableta sublingual)	Máximo de 3 tabletas por día
Buprenorphine HCl/Naloxone HCl (tableta sublingual)	Máximo de 3 tabletas por día
Butalbital/Acetaminophen/Caffeine (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Butalbital/Aspirin/Caffeine (cápsula)	Máximo de 6 cápsulas por día
Butorphanol Tartrate (solución nasal)	Máximo de 2 frascos (5 ml) cada 30 días
<b>Bydureon Bcise (autoinyector)</b>	Máximo de 4 plumas (3.4 ml) cada 28 días
<b>Bydureon Pen (inyección)</b>	Máximo de 4 plumas cada 28 días
<b>Bydureon Vial (inyección)</b>	Máximo de 4 ampolletas cada 28 días
<b>Byetta (10mcg/0.04ml solución pluma precargada)</b>	Máximo de 1 pluma (2.4 ml) cada 30 días
<b>Byetta (5mcg/0.02ml solución pluma precargada)</b>	Máximo de 1 pluma (1.2 ml) cada 30 días
<b>Bystolic (10mg tableta, 2.5mg tableta, 5mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Bystolic (20mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Cabometyx (20mg tableta, 60mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Cabometyx (40mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Calcitonin-Salmon (solución nasal)	Máximo de 1 frasco cada 28 días
<b>Calquence (cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Candesartan Cilexetil (16mg tableta, 32mg tableta, 4mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Candesartan Cilexetil (8mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Candesartan Cilexetil/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Captopril (100mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Captopril (12.5mg tableta, 25mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Captopril (50mg tableta)	Máximo de 9 tabletas por día
Captopril/Hydrochlorothiazide (25mg-15mg tableta, 50mg-15mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Captopril/Hydrochlorothiazide (25mg-25mg tableta, 50mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Celecoxib (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Clonazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam (2mg tableta)	Máximo de 10 tabletas por día
Clonazepam ODT (0.125mg tableta dispersable, 0.25mg tableta dispersable, 0.5mg tableta dispersable, 1mg tableta dispersable)	Máximo de 4 tabletas por día
Clonazepam ODT (2mg tableta dispersable)	Máximo de 10 tabletas por día
Clopidogrel (75mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (15mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (3.75mg tableta)	Máximo de 24 tabletas por día
Clorazepate Dipotassium (7.5mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Clozapine ODT (100mg tableta dispersable)	Máximo de 9 tabletas por día
Clozapine ODT (12.5mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
Clozapine ODT (150mg tableta dispersable)	Máximo de 6 tabletas por día
Clozapine ODT (200mg tableta dispersable)	Máximo de 4 tabletas por día
Clozapine ODT (25mg tableta dispersable)	Máximo de 3 tabletas por día
Codeine Sulfate (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Colchicine (0.6mg cápsula) (Mitigare genérico)</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
Colchicine (0.6mg tableta) (Colcrys genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Colcrys (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Complera (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Corlanor (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Cotellic (tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Crixivan (cápsula)</b>	Máximo de 9 cápsulas por día
<b>Cycloset (tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Daklinza (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Daliresp (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Denavir (crema)</b>	Máximo de 1 tubo (5 gramos) cada 30 días
<b>Descovy (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Desvenlafaxine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 tabletas por día



Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Desvenlafaxine ER (25mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Dexilant (cápsula de liberación retardada)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Dexmethylphenidate HCl (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Dextroamphetamine Sulfate (10mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (10mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 6 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (15mg cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 cápsulas por día
Dextroamphetamine Sulfate ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 cápsulas por día
Diazepam (10mg tableta, 2mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Diazepam Intensol (5mg/ml concentrado)	Máximo de 8 ml por día
Didanosine (cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Donepezil HCl (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl (23mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Donepezil HCl ODT (10mg tableta dispersable)	Máximo de 2 tabletas por día
Donepezil HCl ODT (5mg tableta dispersable)	Máximo de 1 tableta por día
Doxepin HCl (crema)	Máximo de 90 gramos cada 30 días
Doxercalciferol (0.5mcg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Doxercalciferol (1mcg cápsula, 2.5mcg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Dulera (aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (13 gramos) cada 30 días
Duloxetine HCl (20mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada, 60mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
Dutasteride (cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Edarbi (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Edarbyclor (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Edurant (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Efavirenz (200mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Efavirenz (50mg cápsula)	Máximo de 9 cápsulas por día
Efavirenz (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día



Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
<b>Eliquis (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Eliquis Starter Pack (tableta)</b>	Máximo de 1 paquete (74 tabletas) cada 30 días
<b>Embeda (100mg-4mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Embeda (20mg-0.8mg cápsula de liberación prolongada, 80mg-3.2mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Embeda (30mg-1.2mg cápsula de liberación prolongada, 50mg-2mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Embeda (60mg-2.4mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 6 cápsulas por día
<b>Emsam (parche 24 horas)</b>	Máximo de 1 parche por día
<b>Emtriva (10mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 42.5 ml por día
<b>Emtriva (200mg cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Enalapril Maleate (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide (10mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide (5mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Endocet (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Enoxaparin Sodium (100mg/ml solución subcutánea, 150mg/ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (2 ml) por día
Enoxaparin Sodium (120mg/0.8ml solución subcutánea, 80mg/0.8ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (1.6 ml) por día
Enoxaparin Sodium (30mg/0.3ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (0.6 ml) por día
Enoxaparin Sodium (40mg/0.4ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (0.8 ml) por día
Enoxaparin Sodium (60mg/0.6ml solución subcutánea)	Máximo de 2 jeringas (1.2 ml) por día
<b>Entresto (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Epclusa (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Epinephrine (inyección) (EpiPen genérico)	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
<b>EpiPen (inyección)</b>	Máximo de 4 plumas (2 cajas) cada 30 días
Eprosartan Mesylate (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Erivedge (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Erleada (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Esbriet (267mg cápsula)</b>	Máximo de 9 cápsulas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
<b>Esbriet (267mg tableta)</b>	Máximo de 9 tabletas por día
<b>Esbriet (801mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
Esomeprazole Magnesium (20mg cápsula de liberación retardada) (Nexium genérico)	Máximo de 3 cápsulas por día
Esomeprazole Magnesium (40mg cápsula de liberación retardada) (Nexium genérico)	Máximo de 2 cápsulas por día
Estradiol (0.025mg/24hr parche semanal, 0.05mg/24hr parche semanal, 0.06mg/24hr parche semanal, 0.075mg/24hr parche semanal, 0.1mg/24hr parche semanal, 37.5mcg/24hr parche semanal)	Máximo de 4 parches cada 28 días
Estradiol (10mcg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Evotaz (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Ezetimibe (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ezetimibe/Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Famciclovir (125mg tableta, 250mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Famciclovir (500mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Fanapt (10mg tableta, 12mg tableta, 1mg tableta, 2mg tableta, 4mg tableta, 6mg tableta, 8mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Fentanyl (100mcg/hr parche 72 horas, 12mcg/hr parche 72 horas, 25mcg/hr parche 72 horas, 50mcg/hr parche 72 horas, 75mcg/hr parche 72 horas)	Máximo de 15 parches cada 30 días
Fentanyl Citrate Oral Transmucosal (pastilla para chupar con aplicador)	Máximo de 4 pastillas para chupar por día
<b>Fetzima (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Firazyr (inyección)</b>	Máximo de 9 ml por día
<b>Flector (parche)</b>	Máximo de 2 parches por día
<b>Flovent Diskus (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 2 inhaladores (120 blísteres) cada 30 días
<b>Flovent HFA (110mcg/act aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (12 gramos) cada 30 días
<b>Flovent HFA (220mcg/act aerosol)</b>	Máximo de 2 inhaladores (24 gramos) cada 30 días
<b>Flovent HFA (44mcg/act aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (10.6 gramos) cada 30 días
Fluticasone Propionate/Salmeterol (polvo en aerosol)	Máximo de 1 inhalador cada 30 días

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Fluvastatin (20mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 1 cápsula por día
Fluvastatin (40mg cápsula de liberación inmediata)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Forteo (inyección)</b>	Máximo de 1 pluma (2.4 ml) cada 28 días
Fosamprenavir Calcium (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Fosinopril Sodium (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Fosinopril Sodium/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Fuzeon (inyección)</b>	Máximo de 3 ampolletas por día
Galantamine HBr (12mg tableta, 4mg tableta, 8mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Galantamine HBr (4mg/ml solución oral)	Máximo de 2 frascos (200 ml) cada 30 días
Galantamine HBr ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Genvoya (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Gilenya (cápsula)</b>	Máximo de 1 paquete (30 cápsulas) cada 30 días
Glimepiride (1mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Glimepiride (2mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Glimepiride (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide (10mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide (5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (10mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Glipizide ER (2.5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide ER (5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 4 tabletas por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-250mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Glipizide/Metformin HCl (2.5mg-500mg tableta, 5mg-500mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Glyxambi (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Granisetron HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Harvoni (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Hetlioz (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (2.5mg-325mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (7.5mg-325mg/15ml solución oral)	Máximo de 180 ml por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Hydrocodone/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Hydrocodone/Ibuprofen (7.5mg-200mg tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
Hydromorphone HCl (1mg/ml líquido)	Máximo de 50 ml por día
Hydromorphone HCl (2mg tableta de liberación inmediata, 4mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Hydromorphone HCl (8mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 tabletas por día
Hydromorphone HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Hysingla ER (tableta de liberación prolongada 24 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Ibandronate Sodium (tableta)	Máximo de 1 tableta cada 28 días
<b>Ibrance (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Iclusig (15mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Iclusig (45mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Idhifa (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Imatinib Mesylate (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Imbruvica (140mg cápsula)</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Imbruvica (140mg tableta, 280mg tableta, 420mg tableta, 560mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Imbruvica (70mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Incruse Ellipta (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (30 blísteres) cada 30 días
<b>Inlyta (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Intelence (100mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Intelence (200mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Intelence (25mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Invirase (200mg cápsula)</b>	Máximo de 15 cápsulas por día
<b>Invirase (500mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Invokamet (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Invokamet XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Invokana (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (150mg tableta, 300mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Irbesartan (75mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Irbesartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Iressa (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>ISENTRESS (100mg paquete)</b>	Máximo de 4 paquetes por día
<b>ISENTRESS (100mg tableta masticable, 25mg tableta masticable)</b>	Máximo de 9 tabletas por día
<b>ISENTRESS (400mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>ISENTRESS HD (tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
Itraconazole (cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>JAKAFI (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUMET (tableta de liberación inmediata)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUMET XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JANUVIA (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JARDIANCE (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JENTADUETO (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JENTADUETO XR (2.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>JENTADUETO XR (5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>JULUCA (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>KALETRA (100mg-25mg tableta)</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>KALETRA (200mg-50mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>KALYDECO (150mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>KALYDECO (50mg paquete, 75mg paquete)</b>	Máximo de 2 paquetes por día
<b>KISQALI (tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>KISQALI Femara 200 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
<b>KISQALI Femara 400 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
<b>KISQALI Femara 600 Dose (tableta, paquete de tratamiento)</b>	Máximo de 1 paquete (91 tabletas) cada 28 días
<b>KOMBIGLYZE XR (2.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>KOMBIGLYZE XR (5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 5mg-500mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>KORLYM (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Lamivudine (10mg/ml solución oral)	Máximo de 48 ml por día
Lamivudine (150mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Lamivudine (300mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lamivudine/Zidovudine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Lansoprazole (15mg cápsula de liberación retardada, 30mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Latuda (120mg tableta, 20mg tableta, 40mg tableta, 60mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Latuda (80mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Levocetirizine Dihydrochloride (5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Levorphanol Tartrate (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Lexiva (suspensión)</b>	Máximo de 90 ml por día
<b>Lialda (tableta de liberación retardada)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
Lidocaine (5% ungüento)	Máximo de 150 gramos cada 30 días
Lidocaine (5% parche)	Máximo de 3 parches por día
Linezolid (600mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Linzess (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Lisinopril (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (10mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (20mg-12.5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lisinopril/Hydrochlorothiazide (20mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Livalo (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Lonsurf (6.14mg-15mg tableta)</b>	Máximo de 10 tabletas por día
<b>Lonsurf (8.19mg-20mg tableta)</b>	Máximo de 8 tabletas por día
Lopinavir/Ritonavir (solución oral)	Máximo de 16 ml por día
Lorazepam (0.5mg tableta, 1mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Lorazepam (2mg tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
Lorazepam (2mg/ml concentrado)	Máximo de 5 ml por día
Lorcet (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Lorcet HD (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Lorcet Plus (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Losartan Potassium (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium (25mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide (100mg-12.5mg tableta, 100mg-25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Losartan Potassium/Hydrochlorothiazide (50mg-12.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
Lovastatin (10mg tableta, 20mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Lovastatin (40mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Lynparza (100mg tableta, 150mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Lynparza (50mg cápsula)</b>	Máximo de 16 cápsulas por día
<b>Lyrica (100mg cápsula, 150mg cápsula, 200mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula, 75mg cápsula)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Lyrica (20mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 30 ml por día
<b>Lyrica (225mg cápsula, 300mg cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Mavyret (tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
Memantine HCl (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Memantine HCl (2mg/ml solución oral)	Máximo de 10 ml por día
Memantine HCl (5mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Memantine HCl ER (cápsula de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 cápsula por día
Mesalamine (enema)	Máximo de 1 frasco (60 ml) por día
Mesalamine DR (1.2GM tableta de liberación retardada)	Máximo de 4 tabletas por día
Metadate ER (tableta de liberación prolongada)	Máximo de 3 tabletas por día
Metformin HCl (1000mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2.5 tabletas por día
Metformin HCl (850mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Metformin HCl (500mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 5 tabletas por día
Metformin HCl ER (500mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
Metformin HCl ER (750mg tableta de liberación prolongada 24 horas) (Glucophage XR genérico)	Máximo de 2 tabletas por día
Methadone HCl (10mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Methadone HCl (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 60 ml por día
Methadone HCl (5mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Methadone HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 120 ml por día
Methylphenidate HCl (10mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 30 ml por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Methylphenidate HCl (20mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata) (Ritalin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Methylphenidate HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 60 ml por día
Methylphenidate HCl ER (10mg tableta de liberación prolongada)	Máximo de 4 tabletas por día
Methylphenidate HCl ER (20mg tableta de liberación prolongada)	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (100mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Miglitol (25mg tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Miglitol (50mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
Modafinil (100mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Modafinil (200mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril/Hydrochlorothiazide (15mg-12.5mg tableta, 15mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Moexipril/Hydrochlorothiazide (7.5mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (10mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Montelukast Sodium (4mg paquete)	Máximo de 1 paquete por día
Montelukast Sodium (4mg tableta masticable, 5mg tableta masticable)	Máximo de 1 tableta por día
Morphine Sulfate (100mg/5ml solución oral)	Máximo de 10 ml por día
Morphine Sulfate (10mg/5ml solución oral)	Máximo de 100 ml por día
<b>Morphine Sulfate (15mg tableta de liberación inmediata)</b>	Máximo de 8 tabletas por día
Morphine Sulfate (20mg/5ml solución oral)	Máximo de 50 ml por día
<b>Morphine Sulfate (30mg tableta de liberación inmediata)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (100mg tableta de liberación prolongada, 15mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (200mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 2 tabletas por día
Morphine Sulfate ER (30mg tableta de liberación prolongada, 60mg tableta de liberación prolongada) (MS Contin genérico)	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Multaq (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Namzaric (cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Namzaric (paquete de tratamiento, cápsula de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Naratriptan HCl (tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Nateglinide (120mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Nateglinide (60mg tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Nebupent (solución para inhalar)</b>	Máximo de 300 mg (1 ampolleta) en 28 días
<b>Nerlynx (tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
Nevirapine (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Nevirapine ER (100mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 tabletas por día
Nevirapine ER (400mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Nexium (20mg cápsula de liberación retardada)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Nexium (40mg cápsula de liberación retardada)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Nifedipine ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Ninlaro (cápsula)</b>	Máximo de 3 cápsulas cada 28 días
<b>Northera (100mg cápsula)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Northera (200mg cápsula, 300mg cápsula)</b>	Máximo de 6 cápsulas por día
<b>Norvir (100mg cápsula)</b>	Máximo de 18 cápsulas por día
<b>Norvir (100mg paquete)</b>	Máximo de 18 paquetes por día
<b>Norvir (100mg tableta)</b>	Máximo de 18 tabletas por día
<b>Norvir (80mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 24 ml por día
<b>Noxafil (100mg tableta de liberación retardada)</b>	Máximo de 8 tabletas por día
<b>Noxafil (40mg/ml suspensión)</b>	Máximo de 20 ml por día
<b>Nucala (inyección)</b>	Máximo de 3 ampolletas cada 28 días
<b>Nucynta ER (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Nuplazid (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Ocaliva (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Odefsey (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Odomzo (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Ofev (cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Olanzapine (10mg tableta, 15mg tableta, 2.5mg tableta, 20mg tableta, 5mg tableta, 7.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olanzapine ODT (tableta dispersable)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (20mg tableta, 40mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil (5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Olmesartan Medoxomil/Amlodipine/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Olmesartan Medoxomil/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Omega-3-Acid Ethyl Esters (cápsula) (Lovaza genérico)	Máximo de 4 cápsulas por día
Omeprazole (10mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 3 cápsulas por día
Omeprazole (40mg cápsula de liberación retardada)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Onfi (10mg tableta, 20mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Onglyza (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Orkambi (tableta)</b>	Máximo de 112 tabletas cada 28 días
Oseltamivir Phosphate (30mg cápsula, 45mg cápsula, 75mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Oseltamivir Phosphate (6mg/ml suspensión)	Máximo de 26 ml por día
<b>Osphena (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Oxandrolone (10mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Oxandrolone (2.5mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (10mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 3 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (15mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Oxybutynin Chloride ER (5mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Oxycodone HCl (100mg/5ml concentrado)	Máximo de 6 ml por día
Oxycodone HCl (10mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (15mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Oxycodone HCl (20mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 tabletas por día

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
Oxycodone HCl (30mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 6 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone HCl (5mg/5ml solución oral)	Máximo de 130 ml por día
Oxycodone/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone/Aspirin (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Oxycodone/Ibuprofen (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Paliperidone ER (1.5mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 3mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 9mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Paliperidone ER (6mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (20mg tableta de liberación retardada)	Máximo de 3 tabletas por día
Pantoprazole Sodium (40mg tableta de liberación retardada)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Pentasa (250mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 12 cápsulas por día
<b>Pentasa (500mg cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
<b>Perforomist (solución para nebulizador)</b>	Máximo de 2 ampolletas (4 ml) por día
Perindopril ERbumine (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Pioglitazone HCl (15mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Pioglitazone HCl (30mg tableta, 45mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl/Glimepiride (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pioglitazone HCl/Metformin HCl (tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Pomalyst (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Pradaxa (cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Praluent (150mg/ml solución pluma precargada, 75mg/ml solución pluma precargada)</b>	Máximo de 2 plumas (2 ml) cada 28 días
Prasugrel (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Pravastatin Sodium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Premarin (0.3mg tableta, 0.45mg tableta, 0.625mg tableta, 0.9mg tableta, 1.25mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Premphase (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Prempro (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Prezcobix (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Prezista (100mg/ml suspensión)</b>	Máximo de 60 ml por día
<b>Prezista (150mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Prezista (600mg tableta, 800mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Prezista (75mg tableta)</b>	Máximo de 7 tabletas por día
<b>Prolia (inyección)</b>	Máximo de 1 jeringa cada 180 días
<b>Promacta (12.5mg tableta, 25mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Promacta (50mg tableta, 75mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Prudoxin (crema)</b>	Máximo de 90 gramos cada 30 días
<b>Pulmozyme (solución para inhalar)</b>	Máximo de 5 ml (2 ampollas) por día
Quetiapine Fumarate (100mg tableta de liberación inmediata, 200mg tableta de liberación inmediata, 50mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 3 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (25mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 4 tabletas por día
Quetiapine Fumarate (300mg tableta de liberación inmediata, 400mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 2 tabletas por día
Quetiapine Fumarate ER (150mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 200mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Quetiapine Fumarate ER (300mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 400mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 50mg tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril HCl (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Quinapril/Hydrochlorothiazide (10mg-12.5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Quinapril/Hydrochlorothiazide (20mg-12.5mg tableta, 20mg-25mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Raloxifene HCl (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Ramipril (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Ranexa (tableta de liberación prolongada 12 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Rapaflo (4mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Rapaflo (8mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Ravicti (líquido)</b>	Máximo de 17.5 ml por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Rayaldee (cápsula de liberación prolongada)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Relenza Diskhaler (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 3 inhaladores (60 blísteres) cada 30 días
<b>Relistor (150mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
Repaglinide (0.5mg tableta)	Máximo de 32 tabletas por día
Repaglinide (1mg tableta)	Máximo de 16 tabletas por día
Repaglinide (2mg tableta)	Máximo de 8 tabletas por día
Repaglinide/Metformin HCl (tableta)	Máximo de 5 tabletas por día
<b>Repatha (inyección)</b>	Máximo de 3 jeringas (3 ml) por 28 días
<b>Repatha Pushtroex System (inyección)</b>	Máximo de 1 cartucho (3.5 ml) cada 28 días
<b>Repatha SureClick (inyección)</b>	Máximo de 3 plumas (3 ml) cada 28 días
<b>Rescriptor (tableta)</b>	Máximo de 9 tabletas por día
<b>Restasis (emulsión)</b>	Máximo de 2 ampolletas por día
<b>Revlimid (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Rexulti (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Reyataz (paquete)</b>	Máximo de 8 paquetes por día
<b>Riomet (solución oral)</b>	Máximo de 25.5 ml por día
Risedronate Sodium (150mg tableta)	Máximo de 1 tableta cada 30 días
Risedronate Sodium (30mg tableta, 5mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Risedronate Sodium (35mg tableta)	Máximo de 4 tabletas cada 28 días
Ritonavir (tableta)	Máximo de 18 tabletas por día
Rivastigmine Tartrate (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Rivastigmine Transdermal System (parche 24 horas)	Máximo de 1 parche por día
Rizatriptan Benzoate (tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rizatriptan Benzoate ODT (tableta dispersable)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Rosuvastatin Calcium (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Rozerem (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Rubraca (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Rydapt (cápsula)</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
<b>Sabril (tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Samsca (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Saphris (tableta sublingual)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Selzentry (150mg tableta, 75mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Selzentry (20mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 92 ml por día
<b>Selzentry (25mg tableta, 300mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
<b>Sensipar (30mg tableta, 60mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Sensipar (90mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Serevent Diskus (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (60 inhalaciones) cada 30 días
Sildenafil (20mg tableta) (Revatio genérico)	Máximo de 3 tabletas por día
Simvastatin (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Soliqua 100/33 (inyección)</b>	Máximo de 18 ml (6 plumas) cada 30 días
<b>Somavert (inyección)</b>	Máximo de 1 ampolleta por día
<b>Sovaldi (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Spiriva Handihaler (cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Spiriva Respimat (solución en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
<b>Sprycel (100mg tableta, 140mg tableta, 70mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Sprycel (20mg tableta, 50mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>Sprycel (80mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Stavudine (15mg cápsula, 30mg cápsula, 40mg cápsula)	Máximo de 3 cápsulas por día
Stavudine (20mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Stiolto Respimat (solución en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (4 gramos) cada 30 días
<b>Stivarga (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Stribild (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Suboxone (12mg-3mg película, 4mg-1mg película)</b>	Máximo de 2 películas por día
<b>Suboxone (2mg-0.5mg película, 8mg-2mg película)</b>	Máximo de 3 películas por día
Sumatriptan (solución nasal)	Máximo de 12 dispositivos cada 30 días
Sumatriptan Succinate (100mg tableta, 25mg tableta, 50mg tableta)	Máximo de 12 tabletas cada 30 días
Sumatriptan Succinate (4mg/0.5ml solución autoinyectable, 6mg/0.5ml solución autoinyectable)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
<b>Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución autoinyectable)</b>	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
Sumatriptan Succinate (6mg/0.5ml solución subcutánea)	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
<b>Sumatriptan Succinate Refill (inyección)</b>	Máximo de 12 inyecciones (6 ml) cada 30 días
<b>Sustiva (200mg cápsula)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Sustiva (50mg cápsula)</b>	Máximo de 9 cápsulas por día
<b>Sustiva (600mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día

Letra remarcada = Medicamento de marca

Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
<b>Sutent (12.5mg cápsula, 25mg cápsula, 50mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
Sutent (37.5mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Symbicort (aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (10.2 gramos) cada 30 días
Symfi (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Symfi Lo (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Synjardy (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Synjardy XR (10mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 25mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Synjardy XR (12.5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas, 5mg-1000mg tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
Tagrisso (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tarceva (100mg tableta, 150mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Tarceva (25mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Tasigna (150mg cápsula)	Máximo de 5 cápsulas por día
Tasigna (200mg cápsula)	Máximo de 4 cápsulas por día
Tasigna (50mg cápsula)	Máximo de 14 cápsulas por día
<b>Tecfidera (cápsula de liberación retardada)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
Telmisartan (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Amlodipine (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Hydrochlorothiazide (40mg-12.5mg tableta, 80mg-25mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Telmisartan/Hydrochlorothiazide (80mg-12.5mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Temazepam (15mg cápsula, 30mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
Tenofovir Disoproxil Fumarate (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Tetrabenazine (12.5mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Tetrabenazine (25mg tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Thalomid (100mg cápsula, 50mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Thalomid (150mg cápsula, 200mg cápsula)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Tivicay (10mg tableta, 25mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tivicay (50mg tableta)</b>	Máximo de 3 tabletas por día
<b>TOBI Podhaler (cápsula)</b>	Máximo de 8 cápsulas por día
Tobramycin (solución para nebulizador)	Máximo de 10 ml (2 ampollas) por día

**Letra remarcada = Medicamento de marca**

Letra normal = Medicamento genérico

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
Tolcapone (tableta)	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Tracleer (125mg tableta, 62.5mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tracleer (32mg tableta soluble)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Tradjenta (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl (tableta de liberación inmediata)	Máximo de 8 tabletas por día
Tramadol HCl ER (tableta de liberación prolongada 24 horas)	Máximo de 1 tableta por día
Tramadol HCl/Acetaminophen (tableta)	Máximo de 12 tabletas por día
Trandolapril (1mg tableta, 2mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Trandolapril (4mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Trelegy Ellipta (polvo en aerosol)</b>	Máximo de 1 inhalador (60 blísteres) cada 30 días
Trezix (cápsula)	Máximo de 10 cápsulas por día
Trientine HCl (cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
<b>Trintellix (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Triumeq (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Trulicity (inyección)</b>	Máximo de 4 plumas (2 ml) cada 28 días
<b>Truvada (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tybost (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Tymlos (inyección)</b>	Máximo de 1.56 ml cada 30 días
Valacyclovir HCl (1gm tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valacyclovir HCl (500mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Valganciclovir (tableta)	Máximo de 4 tabletas por día
Valganciclovir Hydrochloride (solución oral)	Máximo de 36 ml por día
Valsartan (160mg tableta, 40mg tableta, 80mg tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Valsartan (320mg tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Valsartan/Hydrochlorothiazide (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Vemlidy (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Venclexta (100mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Venclexta (10mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Venclexta (50mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Ventavis (10mcg/ml solución para inhalar)</b>	Máximo de 7 ml por día
<b>Ventavis (20mcg/ml solución para inhalar)</b>	Máximo de 3 ml por día
<b>Verzenio (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Vesicare (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Victoza (inyección)</b>	Máximo de 3 plumas (9 ml) cada 30 días



Nombre del Medicamento	Límite de Cantidad
<b>Videx EC (125mg cápsula de liberación retardada)</b>	Máximo de 2 cápsulas por día
<b>Videx Pediatric (solución oral)</b>	Máximo de 30 ml por día
Vigabatrin (paquete)	Máximo de 6 paquetes por día
<b>Viibryd (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Viibryd Starter Pack (paquete)</b>	Máximo de 1 paquete (30 tabletas) cada 30 días
<b>Vimpat (100mg tableta, 150mg tableta, 200mg tableta, 50mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Vimpat (10mg/ml solución oral)</b>	Máximo de 40 ml por día
<b>Viracept (250mg tableta)</b>	Máximo de 15 tabletas por día
<b>Viracept (625mg tableta)</b>	Máximo de 6 tabletas por día
<b>Viramune (suspensión)</b>	Máximo de 60 ml por día
<b>Viread (150mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Viread (200mg tableta, 250mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Viread (40mg/gm polvo)</b>	Máximo de 6 frascos (360 gramos) cada 30 días
<b>Vosevi (tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Votrient (tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Vraylar (1.5mg cápsula, 3mg cápsula, 4.5mg cápsula, 6mg cápsula)</b>	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Xarelto (10mg tableta, 20mg tableta)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Xarelto (15mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Xarelto Starter Pack (tableta, paquete de tratamiento)</b>	Máximo de 1 paquete (51 tabletas) cada 30 días
<b>Xeljanz (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Xeljanz XR (tableta de liberación prolongada 24 horas)</b>	Máximo de 1 tableta por día
<b>Xiidra (solución oftálmica)</b>	Máximo de 2 ampolletas por día
<b>Xtampza ER (13.5mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 18mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 9mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Xtampza ER (27mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias, 36mg cápsula de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del abuso de sustancias)</b>	Máximo de 6 cápsulas por día

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Límite de Cantidad</b>
<b>Xtandi (cápsula)</b>	Máximo de 4 cápsulas por día
<b>Xyrem (solución oral)</b>	Máximo de 18 ml por día
Yuvaferm (tableta)	Máximo de 1 tableta por día
Zafirlukast (tableta)	Máximo de 2 tabletas por día
Zaleplon (10mg cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zaleplon (5mg cápsula)	Máximo de 1 cápsula por día
<b>Zejula (cápsula)</b>	Máximo de 3 cápsulas por día
<b>Zelboraf (tableta)</b>	Máximo de 8 tabletas por día
<b>Zerit (solución oral)</b>	Máximo de 120 ml por día
Zidovudine (100mg cápsula)	Máximo de 8 cápsulas por día
Zidovudine (300mg tableta)	Máximo de 3 tabletas por día
Zidovudine (50mg/5ml jarabe)	Máximo de 96 ml por día
Ziprasidone HCl (cápsula)	Máximo de 2 cápsulas por día
Zolpidem Tartrate (10mg tableta de liberación inmediata, 5mg tableta de liberación inmediata)	Máximo de 1 tableta por día
<b>Zydelig (tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día
<b>Zykadia (cápsula)</b>	Máximo de 5 cápsulas por día
<b>Zytiga (250mg tableta)</b>	Máximo de 4 tabletas por día
<b>Zytiga (500mg tableta)</b>	Máximo de 2 tabletas por día

## **Información necesaria**

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

**ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

**ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call Customer Service. Our contact information is on the cover.

Este documento está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a Servicio al Cliente. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada.

This document is available for free in other languages. Please call Customer Service. Our contact information is on the cover.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.



Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al:

Llamada gratuita: **1-866-944-4983**, TTY **711**

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

---

**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**