



Estamos en esto juntos:
*Cuidado de la salud
de calidad*

Lista Amplia de Medicamentos para 2017

(Lista de Medicamentos Cubiertos)
Planes de Medicare Advantage

Easy Choice Health Plan

Los planes están disponibles en los siguientes estados: CA
Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)
H5087-001

Archivo de la lista de
medicamentos aprobada por HPMS
ID de la presentación: 17293
Número de la versión: 11

Por favor lea:

Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan.

Esta lista de medicamentos fue actualizada el 04/01/2017.

Para la información más reciente o cualquier pregunta, por favor comuníquese con Easy Choice al número de teléfono indicado en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista o visite www.easychoicehealthplan.com



¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!

Si usted está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al **1-866-999-3945**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Si usted ya es un miembro, llame al número que se lista a continuación.

California:	Todos los planes	1-866-999-3945
--------------------	------------------------	----------------

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., o visítenos en cualquier momento en **www. easychoicehealthplan.com**.

Línea de asesoramiento atendida por enfermeros(as)	1-800-581-9952 (Las 24 horas, los 7 días de la semana)
---	-------	--

TTY para todos los anteriores	1-877-247-6272
--	-------	----------------

Nota para miembros actuales: Esta lista de medicamentos ha cambiado desde el año pasado. Por favor revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma. Cuando esta lista de medicamentos se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Easy Choice. Cuando se refiere al “plan” o a “nuestro plan”, significa Easy Choice para 2017.

Este documento incluye una lista de los medicamentos de nuestro plan, vigente desde el 04/01/2017. Para obtener una lista de medicamentos actualizada, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista, se indica en las cubiertas frontal y posterior.

En general, usted debe usar farmacias de la red para obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2018 y ocasionalmente durante el año.

¿QUÉ ES LA LISTA AMPLIA DE MEDICAMENTOS DE EASY CHOICE FREEDOM PLAN (HMO SNP)?

Una lista de medicamentos es un listado de medicamentos cubiertos seleccionados por Easy Choice en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud. La lista contiene los medicamentos con receta que consideramos que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Easy Choice cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra lista siempre que:

1. el medicamento sea médicamente necesario,
2. la receta sea dispensada en una farmacia de la red de Easy Choice, y
3. se sigan otras reglas del plan.

Para más información sobre cómo obtener sus recetas, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.

¿PUEDE CAMBIAR LA LISTA DE MEDICAMENTOS?

En general, si usted está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos para 2017 que estaba cubierto a principio del año, no suspenderemos ni reduciremos su cobertura durante el año de cobertura 2017. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que podemos suspender o reducir la cobertura. Estas son:

- cuando se encuentra disponible un nuevo medicamento genérico menos costoso, o
- cuando se publica nueva información adversa acerca de la seguridad o la efectividad de un medicamento.

Otros tipos de cambios en la lista, tales como eliminar un medicamento de la misma, no afectarán a los miembros que actualmente lo estén tomando. Para esos miembros, el medicamento continuará estando disponible al mismo costo compartido durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que usted pueda continuar recibiendo durante el resto del año de cobertura los medicamentos de la lista que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan. Las únicas excepciones son los casos en que usted puede ahorrar más dinero o en que podemos garantizar su seguridad.

Cuando introducimos ciertos cambios en nuestra lista de medicamentos, debemos notificar a los miembros que se verán afectados por ellos. Esto incluye si nosotros:

- eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos;
- agregamos restricciones a un medicamento, como autorización previa, límites de cantidad y/o terapia escalonada;
- cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto.

Si hacemos alguno de estos cambios, debemos notificar a los miembros afectados al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. También notificaremos al miembro en el momento en que él o ella solicite una renovación del medicamento. En ese caso, el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días.

Si la Administración de Medicamentos y Alimentos anuncia que uno de los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos es inseguro o si su fabricante lo retira del mercado, lo eliminaremos de la lista de manera inmediata y notificaremos a los miembros que estén utilizándolo.

La lista de medicamentos adjunta tiene vigencia a partir del 04/01/2017. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Easy Choice, por favor visite nuestro sitio web en www.easychoicehealthplan.com o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista de medicamentos.

Nuestra lista amplia de medicamentos impresa será actualizada todos los meses. Por favor comuníquese con Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en www.easychoicehealthplan.com para más información.

¿CÓMO UTILIZO LA LISTA DE MEDICAMENTOS?

Existen dos maneras para buscar su medicamento en la lista:

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 1. Los medicamentos en esta lista están agrupados en categorías de acuerdo con el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca están incluidos en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque el medicamento en dicha categoría.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar el medicamento, búsquelo en el índice que comienza en la página 85. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos están enumerados en el índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Junto al medicamento verá el número de página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página indicada en el índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS?

Easy Choice cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿HAY ALGUNA RESTRICCIÓN EN MI COBERTURA?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o limitaciones adicionales. Estos requisitos y limitaciones pueden incluir:

- **Autorización previa:** Easy Choice requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener aprobación de nosotros antes de obtener sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Easy Choice provee 18 tabletas para 30 días por receta para tabletas de 5 mg de rizatriptan. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Easy Choice requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para tratar esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B pueden tratar su condición médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe antes el medicamento A. Si el medicamento A no es adecuado para usted, cubriremos entonces el medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o limitaciones adicionales consultando la lista de medicamentos que comienza en la página 1. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a los medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web en www.easychoicehealthplan.com. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. También puede solicitarnos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista, se indica en las cubiertas frontal y posterior.

Usted puede solicitar a Easy Choice que haga una excepción a estas restricciones o límites, o pedirle una lista de otros medicamentos similares que permitan tratar su condición de salud. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Easy Choice?” en la página IV para información sobre cómo solicitar una excepción.

¿QUÉ SUCEDE SI MI MEDICAMENTO NO ESTÁ INCLUIDO EN LA LISTA?

Si su medicamento no está incluido en esta lista (lista de medicamentos cubiertos), comuníquese primero con Servicio al Cliente y pregunte si su medicamento está cubierto. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista de medicamentos.

Si se entera de que Easy Choice no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por Easy Choice. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Easy Choice.
- Puede solicitar a Easy Choice que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea más abajo información sobre cómo solicitar una excepción.

¿QUÉ VACUNAS CUBRIMOS?

Su beneficio de recetas puede cubrir muchas vacunas. Para detalles, consulte la sección Agentes inmunológicos. El costo de las vacunas varía en función del centro donde usted las recibe. Para una mejor cobertura, utilice una farmacia de la red.

Todas las vacunas disponibles en el mercado están cubiertas por la Parte D, a excepción de aquellas que están cubiertas por la Parte B de Medicare, como las vacunas contra la influenza o las neumocócicas.

¿CÓMO SOLICITO UNA EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS DE EASY CHOICE FREEDOM PLAN (HMO SNP)?

Puede solicitar a Easy Choice que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones a la lista de medicamentos que nos puede solicitar.

Excepción a la decisión sobre cobertura inicial

Puede solicitarnos la cobertura de un medicamento, aun si este no está incluido en nuestra lista de medicamentos. Si su solicitud es aprobada, el medicamento quedará 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 a la restricción de uso

Puede solicitarnos exceptuar las restricciones o limitaciones de cobertura sobre el medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, la cantidad del medicamento que cubrimos es limitada. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que renunciemos a ese límite y cubramos más.

Excepción a la asignación de nivel

Usted puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista a un nivel de costo compartido más bajo si el medicamento no está en el nivel de medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos específicos. Si es aprobado, esto reducirá el monto que usted debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Easy Choice solo aprobará su solicitud de excepción si:

- los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan no serían tan efectivos para tratar su condición;
- el medicamento de costo compartido más bajo no sería tan efectivo para tratar su condición;
- las restricciones de uso adicionales no serían tan efectivas para tratar su condición y/o;
- los medicamentos alternativos le provocarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una excepción a la lista de medicamentos, para una decisión de cobertura inicial, para una asignación de nivel o para una restricción de uso. **Cuando solicite alguna de estas excepciones, deberá presentar una declaración de la persona que expide la receta o del médico respaldando su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo del médico que expide la receta. Puede solicitar una excepción abreviada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría resultar seriamente perjudicada por esperar una decisión hasta 72 horas. Si su solicitud para una revisión rápida es otorgada, debemos comunicarle nuestra decisión no más de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona o del médico que expide la receta.

¿QUÉ DEBO HACER ANTES DE HABLAR CON MI MÉDICO ACERCA DE CAMBIAR MIS MEDICAMENTOS O SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestra lista. O puede estar tomando un medicamento que esté en nuestra lista, pero su posibilidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa de nosotros antes de obtener su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a

la lista para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestra lista o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días) cuando usted vaya a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aun si usted ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, le permitiremos renovar su receta hasta que le hayamos provisto un suministro de transición para 93 días de conformidad con las instrucciones de entrega (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días). Cubriremos más de una renovación de estos medicamentos por los primeros 93 días en que usted sea miembro de nuestro plan. Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra lista o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han transcurrido los primeros 93 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días) mientras trata de obtener una excepción a la lista.

Si usted experimenta un cambio en el nivel de cuidado (por ejemplo, si está siendo dado de alta de un establecimiento de cuidado a largo plazo o ingresa a dicho establecimiento), su médico o farmacia pueden llamar a nuestro Centro de Servicio a Proveedores y solicitar una anulación por única vez. Esta anulación por única vez corresponderá a un suministro para hasta 31 días (a menos que usted tenga una receta escrita para menos días).

PARA MÁS INFORMACIÓN

Para más detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de Easy Choice, por favor consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Easy Choice, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos la lista de medicamentos por última vez, se encuentra en el interior de las cubiertas frontal y posterior de este documento. O visite www.easychoicehealthplan.com.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, por favor llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O visite www.medicare.gov.

LISTA DE MEDICAMENTOS DE EASY CHOICE

La lista amplia de medicamentos que comienza en la página 1 provee información acerca de la cobertura sobre algunos medicamentos cubiertos por Easy Choice. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, diríjase al índice que comienza en la página 85.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se muestran en MAYÚSCULA (por ejemplo, COUMADIN) y los medicamentos genéricos se muestran en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *simvastatin*).

La información en la columna de Requisitos/Limitaciones indica si Easy Choice tiene requisitos especiales de cobertura para su medicamento.

- **ED** se refiere a medicamentos excluidos de la parte D: Este medicamento con receta normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que usted paga cuando adquiere este medicamento con receta no se considera para sus costos totales por medicamentos (es decir, el monto que usted paga no le ayuda a reunir los requisitos para obtener la cobertura para catástrofes). Además, si usted está recibiendo Ayuda Adicional para pagar sus recetas, no obtendrá ninguna Ayuda Adicional para el pago de este medicamento.
- **NM** significa que el medicamento no está disponible mediante su beneficio mensual de servicio por correo. Esto se indica en la columna de Requisitos/Limitaciones de su lista de medicamentos. Por medio del servicio por correo, es posible que pueda recibir un suministro de la mayoría de los medicamentos en la lista de medicamentos para más de 1 mes a un costo compartido reducido. Para más información, por favor consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura.**
- **PA** significa autorización previa: Para detalles, por favor vea la página III.
- **B/D** significa cubierto por la Parte B o D de Medicare: Este medicamento puede ser elegible para el pago bajo la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) tiene la obligación de obtener una autorización previa de Easy Choice para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de obtener la receta correspondiente. Sin una aprobación previa, es posible que Easy Choice no cubra este medicamento.
- **QL** significa límites de cantidad: Para detalles, por favor vea la página III.
- **LA** significa un medicamento de acceso limitado. Este medicamento es posible que se encuentre disponible en otras farmacias determinadas. Para más información, por favor consulte la sección de Farmacia de Medicamentos Específicos de su Directorio de Farmacias o comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono indicado para su estado/plan en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista de medicamentos.
- **ST** significa terapia escalonada: Para detalles, por favor vea la página III.
- **^** = El medicamento puede estar disponible solo para un suministro de hasta 30 días.

** Usted tiene la opción de inscribirse para la entrega automática del servicio por correo. Usted puede solicitar que se le envíen sus medicamentos con receta a su domicilio a través de nuestro programa de entrega del servicio por correo de la red. Recibirá sus medicamentos con receta dentro de los 7 a 10 días hábiles a partir del momento en que la farmacia de servicio por correo recibe su pedido. Si usted no recibe sus medicamentos con receta dentro de este plazo, por favor comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono indicado en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista de medicamentos o visite www.easychoicehealthplan.com.

MONTOS DE COPAGO/COSEGURO CORRESPONDIENTES AL NIVEL DEL MEDICAMENTO

La lista de medicamentos de Easy Choice está dividida en cinco niveles.

- Nivel 1: Genéricos preferidos – Medicamentos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- Nivel 2: Genéricos – Medicamentos que Easy Choice le ofrece a un costo más alto que los genéricos preferidos.

- Nivel 3: De marca preferidos – Medicamentos que Easy Choice puede ofrecerle a un menor costo que los medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos – Medicamentos que Easy Choice le ofrece a un costo más alto que los medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 5: Nivel específico – Algunos medicamentos inyectables y otros medicamentos de alto costo. ^ Indica que el medicamento específico está disponible solo para un suministro de hasta 30 días.

Los medicamentos de marca pueden estar disponibles en los Niveles 3, 4 y 5. Los medicamentos genéricos están disponibles en todos los niveles.

Consulte su Evidencia de Cobertura o su Resumen de Beneficios para obtener los montos aplicables de copagos/coseguro y deducible.

CÓMO LEER LA LISTA DE MEDICAMENTOS:

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos/Limitaciones
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		Categoría terapéutica
ANTICONVULSIVOS	Clase terapéutica	
BANZEL, TABLETA, 200 MG	4	PA
BANZEL, TABLETA, 400 MG	5 [^]	PA
<i>carbamazepine sr, cápsula 12 h, 100 mg</i>	4	
<i>carbamazepine sr, cápsula 12 h, 200 mg</i>	4	

Nivel del medicamento

[^] = El medicamento puede estar disponible solo para un suministro de hasta 30 días

Nombre del medicamento
MAYÚSCULA = Medicamentos de marca
cursiva minúscula = Medicamentos genéricos

Códigos de requisitos/limitaciones:

ED = Medicamento excluido de la Parte D

LA = Acceso limitado

NM = No disponible para servicio por correo

PA = Autorización previa

B/D = Cubierto por la Parte B o D de Medicare

QL = Límites de cantidad

ST = Terapia escalonada

Encuentre su medicamento rápidamente en el índice en la parte posterior de este libro.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol, tableta oral, 100 mg, 300 mg</i>	2	
<i>colchicine-probenecid, tableta oral, 0.5-500 mg</i>	3	
COLCRYS, TABLETA ORAL, 0.6 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>probenecid, tableta oral, 500 mg</i>	3	
ULORIC, TABLETA ORAL, 40 MG, 80 MG	3	ST
NSAIDS		
<i>celecoxib, cápsula oral, 100 mg</i>	4	QL (120 por cada 30 días)
<i>celecoxib, cápsula oral, 200 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>celecoxib, cápsula oral, 400 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>celecoxib, cápsula oral, 50 mg</i>	4	QL (240 por cada 30 días)
<i>diclofenac potassium, tableta oral, 50 mg</i>	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>diclofenac sodium er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 100 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium, tableta oral de liberación retardada, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>diflunisal, tableta oral, 500 mg</i>	4	
<i>etodolac er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	2	
<i>etodolac, cápsula oral, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac, tableta oral, 400 mg, 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen, tableta oral, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>ibuprofen, suspensión oral, 100 mg/5 ml</i>	3	
<i>ibuprofen, tableta oral, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ketoprofen, cápsula oral, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>meloxicam, tableta oral, 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone, tableta oral, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen dr, tableta oral de liberación retardada, 375 mg, 500 mg</i>	2	
<i>naproxen, suspensión oral, 125 mg/5 ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>naproxen, tableta oral, 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen sodium, tableta oral, 275 mg, 550 mg</i>	4	
<i>sulindac, tableta oral, 150 mg, 200 mg</i>	2	
ANALGÉSICOS OPIOIDES, CII		
DURAMORPH, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML	3	B/D
<i>endocet, tableta oral, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360 por cada 30 días)
<i>fentanyl citrate, pastilla bucal con aplicador, 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5^	PA; QL (120 por cada 30 días)
<i>fentanyl, parche transdérmico 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	4	QL (10 por cada 30 días)
FENTORA, TABLETA BUCAL, 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5^	PA; QL (120 por cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5400 ML por 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen, tableta oral, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen, tableta oral, 7.5-200 mg</i>	3	QL (150 por cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl, líquido para uso oral, 1 mg/ml</i>	3	
<i>hydromorphone hcl, tableta oral, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (270 por cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl pf, solución inyectable, 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, 500 mg/50 ml</i>	4	B/D
<i>lorcet hd, tableta oral, 10-325 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>lorcet, tableta oral, 5-325 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>lorcet plus, tableta oral, 7.5-325 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>lortab, tableta oral, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>methadone hcl intensol, concentrado para administración oral, 10 mg/ml</i>	3	QL (120 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, solución oral, 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	3	QL (600 ML por 30 días)
<i>methadone hcl, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (240 por cada 30 días)
MORPHINE SULFATE, SOLUCIÓN ORAL (CONCENTRADA), 100 MG/5 ML	3	
<i>morphine sulfate, solución inyectable sin conservantes (pf), 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
MORPHINE SULFATE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA SIN CONSERVANTES (PF), 10 MG/ML, 15 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	3	B/D
<i>morphine sulfate er, tableta oral de liberación prolongada, 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	QL (90 por cada 30 días)
<i>morphine sulfate er, tableta oral de liberación prolongada, 200 mg</i>	3	QL (60 por cada 30 días)
MORPHINE SULFATE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML, 150 MG/30 ML	3	B/D
MORPHINE SULFATE, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML, 20 MG/5 ML	3	
MORPHINE SULFATE, TABLETA ORAL, 15 MG, 30 MG	3	QL (180 por cada 30 días)
OPANA ER, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, DISUASIVO DEL CONSUMO EXCESIVO, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 7.5 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>oxycodone hcl, cápsula oral, 5 mg</i>	4	QL (180 por cada 30 días)
OXYCODONE HCL, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML	4	
<i>oxycodone hcl, tableta oral, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	QL (180 por cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen, solución oral, 5-325 mg/5 ml</i>	3	QL (1800 ML por 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen, tableta oral, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360 por cada 30 días)
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
<i>acetaminophen-codeine #2, tableta oral, 300-15 mg</i>	2	QL (400 por cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine #3, tableta oral, 300-30 mg</i>	2	QL (400 por cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine #4, tableta oral, 300-60 mg</i>	2	QL (400 por cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine, solución oral, 120-12 mg/5 ml</i>	2	QL (5000 ML por 30 días)
<i>nalbuphine hcl, solución inyectable, 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	4	
<i>tramadol hcl, tableta oral, 50 mg</i>	2	QL (240 por cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl, solución inyectable sin conservantes (pf) 0.5 %, 1 %</i>	2	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>lidocaine hcl, solución inyectable 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %</i>	2	B/D
ANTINFECCIOSOS		
ANTIBACTERIANOS - VARIOS		
<i>amikacin sulfate, solución inyectable, 1 g/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	3	
<i>gentamicin en saline, solución intravenosa, 0.8-0.9 mg/ml-%, 0.9-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.4-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	2	
<i>gentamicin sulfate, solución inyectable, 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate, solución intravenosa, 10 mg/ml</i>	2	
<i>neomycin sulfate, tableta oral, 500 mg</i>	3	
<i>paromomycin sulfate, cápsula oral, 250 mg</i>	4	
<i>streptomycin sulfate, solución intramuscular reconstituida, 1 g</i>	4	
<i>sulfadiazine, tableta oral, 500 mg</i>	4	
<i>tobramycin, solución para inhalación por nebulización, 300 mg/5 ml</i>	5^	PA
<i>tobramycin sulfate, solución inyectable, 1.2 g/30 ml, 10 mg/ml, 2 g/50 ml, 80 mg/2 ml</i>	3	
<i>tobramycin sulfate, solución inyectable reconstituida, 1.2 g</i>	5^	
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET, SUSPENSIÓN INTRAVENOSA, 5 MG/ML	5^	B/D
AMBISOME, SUSPENSIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	4	B/D
<i>amphotericin b, solución inyectable reconstituida, 50 mg</i>	4	B/D
CANCIDAS, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG, 70 MG	5^	
<i>fluconazole en dextrose, solución intravenosa, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	3	
<i>fluconazole en sodium chloride, solución intravenosa, 100-0.9 mg/50 ml-%, 200-0.9 mg/100 ml-%, 400-0.9 mg/200 ml-%</i>	3	
<i>fluconazole, suspensión oral reconstituida, 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	
<i>fluconazole, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>flucytosine, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	5^	
<i>griseofulvin microsize, suspensión oral, 125 mg/5 ml</i>	3	
<i>griseofulvin microsize, tableta oral, 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize, tableta oral, 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole, cápsula oral, 100 mg</i>	4	PA
<i>ketoconazole, tableta oral, 200 mg</i>	4	PA
MYCAMINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 100 MG, 50 MG	5^	
NOXAFIL, SUSPENSIÓN ORAL, 40 MG/ML	5^	
NOXAFIL, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA, 100 MG	5^	
<i>nystatin, tableta oral, 500000 unidades</i>	3	
<i>terbinafine hcl, tableta oral, 250 mg</i>	2	QL (90 por cada 365 días)
<i>voriconazole, solución intravenosa reconstituida, 200 mg</i>	4	
<i>voriconazole, suspensión oral reconstituida, 40 mg/ml</i>	5^	
<i>voriconazole, tableta oral, 200 mg, 50 mg</i>	5^	
ANTINFECCIOSOS - VARIOS		
ALBENZA, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	
ALINIA, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 100 MG/5 ML	4	
ALINIA, TABLETA ORAL, 500 MG	4	
<i>atovaquone, suspensión oral, 750 mg/5 ml</i>	5^	
<i>aztreonam, solución inyectable reconstituida, 1 g, 2 g</i>	3	
BILTRICIDE, TABLETA ORAL, 600 MG	3	
CAYSTON, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INHALACIÓN, 75 MG	5^	PA; LA
<i>clindamycin hcl, cápsula oral, 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl, solución oral reconstituida, 75 mg/5 ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate en d5w, solución intravenosa, 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate, solución inyectable, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 9 g/60 ml, 900 mg/6 ml, 9000 mg/60 ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate, solución intravenosa, 150 mg/ml, 900 mg/6 ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>colistimethate sodium, solución inyectable reconstituida, 150 mg</i>	4	
CUBICIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 500 MG	5^	
<i>dapsone, tableta oral, 100 mg, 25 mg</i>	3	
<i>daptomycin, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	5^	
<i>emverm, tableta oral masticable, 100 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin, solución intravenosa reconstituida, 250 mg, 500 mg</i>	4	
INVANZ, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 1 G	4	
INVANZ, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 1 G	4	
<i>ivermectin, tableta oral, 3 mg</i>	3	
LINEZOLID EN SODIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 600-0.9 MG/300 ML-%	5^	
<i>linezolid, solución intravenosa, 600 mg/300 ml</i>	5^	
LINEZOLID, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 100 MG/5 ML	5^	
LINEZOLID, TABLETA ORAL, 600 MG	5^	
<i>meropenem, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 500 mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate, tableta oral, 1 g</i>	4	
<i>metronidazole en nacl, solución intravenosa, 500-0.79 mg/100 ml-%</i>	2	
<i>metronidazole, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	2	
NEBUPENT, SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INHALACIÓN, 300 MG	4	B/D
<i>nitrofurantoin macrocrystal, cápsula oral, 100 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>nitrofurantoin monohyd macro, cápsula oral, 100 mg</i>	4	PA
PENTAM, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 300 MG	4	
SIVEXTRO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 200 MG	5^	
SIVEXTRO, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, solución intravenosa, 400-80 mg/5 ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, suspensión oral, 200-40 mg/5 ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim, tableta oral, 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
SYNERCID, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 150-350 MG	5^	
TIGECYCLINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	5^	
<i>trimethoprim, tableta oral, 100 mg</i>	2	
TYGACIL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	5^	
VANCOMYCIN HCL EN NAACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1-0.9 G/200 ML-%, 500-0.9 MG/100 ML-%, 750-0.9 MG/150 ML-%	4	
<i>vancomycin hcl, solución intravenosa reconstituida, 10 g, 1000 mg, 500 mg, 5000 mg, 750 mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl, cápsula oral, 125 mg, 250 mg</i>	5^	
ANTIMALÁRICOS		
<i>atovaquone-proguanil hcl, tableta oral, 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	3	
COARTEM, TABLETA ORAL, 20-120 MG	4	
<i>mefloquine hcl, tableta oral, 250 mg</i>	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE, TABLETA ORAL, 26.3 MG	3	
<i>quinine sulfate, cápsula oral, 324 mg</i>	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate, tableta oral, 300 mg</i>	3	
APTIVUS, CÁPSULA ORAL, 250 MG	5^	
APTIVUS, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML	5^	
CRIXIVAN, CÁPSULA ORAL, 200 MG, 400 MG	4	
<i>didanosine, cápsula oral de liberación retardada, 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	4	
EDURANT, TABLETA ORAL, 25 MG	5^	
EMTRIVA, CÁPSULA ORAL, 200 MG	3	
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML	3	
FUZEON, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 90 MG	5^	
INTELENCE, TABLETA ORAL, 100 MG, 200 MG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INTELENCE, TABLETA ORAL, 25 MG	4	
INVIRASE, CÁPSULA ORAL, 200 MG	5^	
INVIRASE, TABLETA ORAL, 500 MG	5^	
ISENTRESS, PAQUETE PARA USO ORAL, 100 MG	5^	
ISENTRESS, TABLETA ORAL, 400 MG	5^	
ISENTRESS, TABLETA ORAL MASTICABLE, 100 MG	5^	
ISENTRESS, TABLETA ORAL MASTICABLE, 25 MG	3	
<i>lamivudine, solución oral, 10 mg/ml</i>	3	
<i>lamivudine, tableta oral, 150 mg, 300 mg</i>	3	
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL, 50 MG/ML	4	
LEXIVA, TABLETA ORAL, 700 MG	5^	
<i>nevirapine er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 100 mg, 400 mg</i>	4	
NEVIRAPINE, SUSPENSIÓN ORAL, 50 MG/5 ML	4	
<i>nevirapine, tableta oral, 200 mg</i>	3	
NORVIR, CÁPSULA ORAL, 100 MG	3	
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL, 80 MG/ML	3	
NORVIR, TABLETA ORAL, 100 MG	3	
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL, 100 MG/ML	5^	
PREZISTA, TABLETA ORAL, 150 MG, 75 MG	3	
PREZISTA, TABLETA ORAL, 600 MG, 800 MG	5^	
RESCRIPTOR, TABLETA ORAL, 100 MG, 200 MG	4	
RETROVIR, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML	4	
REYATAZ, CÁPSULA ORAL, 150 MG, 200 MG, 300 MG	5^	
REYATAZ, PAQUETE PARA USO ORAL, 50 MG	5^	
SELZENTRY, TABLETA ORAL, 150 MG, 300 MG, 75 MG	5^	
SELZENTRY, TABLETA ORAL, 25 MG	4	
<i>stavudine, cápsula oral, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
SUSTIVA, CÁPSULA ORAL, 200 MG	5^	
SUSTIVA, CÁPSULA ORAL, 50 MG	3	
SUSTIVA, TABLETA ORAL, 600 MG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TIVICAY, TABLETA ORAL, 10 MG	3	
TIVICAY, TABLETA ORAL, 25 MG, 50 MG	5^	
TYBOST, TABLETA ORAL, 150 MG	3	
VIDEX, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 2 G, 4 G	4	
VIRACEPT, TABLETA ORAL, 250 MG, 625 MG	5^	
VIREAD, POLVO PARA USO ORAL, 40 MG/G	5^	
VIREAD, TABLETA ORAL, 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG	5^	
VITEKTA, TABLETA ORAL, 150 MG, 85 MG	5^	
ZERIT, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 1 MG/ML	5^	
ZIAGEN, SOLUCIÓN ORAL, 20 MG/ML	3	
<i>zidovudine, cápsula oral, 100 mg</i>	4	
<i>zidovudine, jarabe oral, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>zidovudine, tableta oral, 300 mg</i>	2	
AGENTES DE COMBINACIÓN ANTIRRETROVIRALES		
ABACAIR SULFATE-LAMIVUDINE, TABLETA ORAL, 600-300 MG	5^	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine, tableta oral, 300-150-300 mg</i>	5^	
ATRIPLA, TABLETA ORAL, 600-200-300 MG	5^	
COMPLERA, TABLETA ORAL, 200-25-300 MG	5^	
DESCOVY, TABLETA ORAL, 200-25 MG	5^	
EPZICOM, TABLETA ORAL, 600-300 MG	5^	
EVOTAZ, TABLETA ORAL, 300-150 MG	5^	
GENVOYA, TABLETA ORAL, 150-150-200-10 MG	5^	
KALETRA, SOLUCIÓN ORAL, 400-100 MG/5 ML	5^	
KALETRA, TABLETA ORAL, 100-25 MG	3	
KALETRA, TABLETA ORAL, 200-50 MG	5^	
<i>lamivudine-zidovudine, tableta oral, 150-300 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral, 400-100 mg/5 ml</i>	5^	
ODEFSEY, TABLETA ORAL, 200-25-25 MG	5^	
PREZCOBIX, TABLETA ORAL, 800-150 MG	5^	
STRIBILD, TABLETA ORAL, 150-150-200-300 MG	5^	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TRIUMEQ, TABLETA ORAL, 600-50-300 MG	5^	
TRUVADA, TABLETA ORAL, 100-150 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
TRUVADA, TABLETA ORAL, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG	5^	QL (30 por cada 30 días)
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 1 G	4	
<i>cycloserine, cápsula oral, 250 mg</i>	5^	
<i>ethambutol hcl, tableta oral, 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>isoniazid, jarabe oral, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>isoniazid, tableta oral, 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>paser, paquete para uso oral, 4 g</i>	3	
PRIFTIN, TABLETA ORAL, 150 MG	4	
<i>pyrazinamide, tableta oral, 500 mg</i>	4	
<i>rifabutin, cápsula oral, 150 mg</i>	4	
<i>rifampin, solución intravenosa reconstituida, 600 mg</i>	4	
<i>rifampin, cápsula oral, 150 mg, 300 mg</i>	3	
RIFATER, TABLETA ORAL, 50-120-300 MG	4	
SIRTURO, TABLETA ORAL, 100 MG	5^	PA; LA
TRECTOR, TABLETA ORAL, 250 MG	4	
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir, cápsula oral, 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>acyclovir, tableta oral, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium, solución intravenosa, 50 mg/ml</i>	4	B/D
<i>acyclovir sodium, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil, tableta oral, 10 mg</i>	5^	
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL, 0.05 MG/ML	5^	
DAKLINZA, TABLETA ORAL, 30 MG, 60 MG, 90 MG	5^	PA
<i>entecavir, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	5^	
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/ML	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>famciclovir, tableta oral, 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ganciclovir sodium, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	3	B/D
<i>lamivudine, tableta oral, 100 mg</i>	4	
<i>moderiba, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>oseltamivir phosphate, cápsula oral, 30 mg, 45 mg, 75 mg</i>	3	
PEGASYS PROCLICK, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 135 MCG/0.5 ML, 180 MCG/0.5 ML	5^	PA
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 180 MCG/0.5 ML, 180 MCG/ML	5^	PA
RELENZA DISKHALER, POLVO PARA INHALACIÓN EN AEROSOL ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 5 MG/AMPOLLA	3	
<i>ribasphere, cápsula oral, 200 mg</i>	3	
<i>ribasphere, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>ribavirin, cápsula oral, 200 mg</i>	3	
<i>ribavirin, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>rimantadine hcl, tableta oral, 100 mg</i>	4	
SOVALDI, TABLETA ORAL, 400 MG	5^	PA
TAMIFLU, CÁPSULA ORAL, 30 MG, 45 MG, 75 MG	3	
TAMIFLU, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 6 MG/ML	3	
TYZEKA, TABLETA ORAL, 600 MG	5^	
<i>valacyclovir hcl, tableta oral, 1 g, 500 mg</i>	3	
VALCYTE, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 50 MG/ML	5^	
<i>valganciclovir hcl, solución oral reconstituida, 50 mg/ml</i>	5^	
<i>valganciclovir hcl, tableta oral, 450 mg</i>	5^	
ZEPATIER, TABLETA ORAL, 50-100 MG	5^	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefadroxil, cápsula oral, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil, suspensión oral reconstituida, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxil, tableta oral, 1 g</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>cefazolin sodium, solución inyectable reconstituida, 1 g, 10 g, 20 g, 500 mg</i>	3	
<i>cefazolin sodium, solución intravenosa, 1-5 g-%</i>	3	
<i>cefazolin sodium, solución intravenosa reconstituida, 1 g</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 2-4 G/100 ML-%	3	
<i>cefdinir, cápsula oral, 300 mg</i>	3	
<i>cefdinir, suspensión oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefepime hcl, solución inyectable reconstituida, 1 g, 2 g</i>	4	
<i>cefixime, suspensión oral reconstituida, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefoxitin sodium, solución inyectable reconstituida, 10 g</i>	4	
<i>cefoxitin sodium, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 2 g</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil, suspensión oral reconstituida, 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxime proxetil, tableta oral, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>ceftazidime, solución inyectable reconstituida, 1 g, 2 g, 6 g</i>	4	
<i>ceftriaxone sodium, solución inyectable reconstituida, 1 g, 2 g, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ceftriaxone sodium, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 10 g, 2 g</i>	3	
<i>cefuroxime axetil, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium, solución inyectable reconstituida, 1.5 g, 7.5 g, 750 mg</i>	3	
<i>cefuroxime sodium, solución intravenosa reconstituida, 1.5 g</i>	3	
<i>cephalexin, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin, suspensión oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
SUPRAX, CÁPSULA ORAL, 400 MG	3	
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 500 MG/5 ML	3	
<i>suprax, tableta oral masticable, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>tazicef, solución inyectable reconstituida, 1 g, 2 g, 6 g</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>tazicef, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 2 g</i>	4	
TEFLARO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 400 MG, 600 MG	5^	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	3	
AZITHROMYCIN, PAQUETE PARA USO ORAL, 1 G	3	
<i>azithromycin, suspensión oral reconstituida, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	3	
<i>azithromycin, tableta oral, 250 mg, 250 mg (paquete de 6), 500 mg (paquete de 3), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 500 mg</i>	4	
<i>clarithromycin, suspensión oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>clarithromycin, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>e.e.s. 400, tableta oral, 400 mg</i>	4	
<i>ery-tab, tableta oral de liberación retardada, 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	4	
<i>erythrocin lactobionate, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	4	
<i>erythrocin stearate, tableta oral, 250 mg</i>	4	
<i>erythromycin base, cápsula oral con partículas de liberación retardada, 250 mg</i>	4	
<i>erythromycin base, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate, tableta oral, 400 mg</i>	4	
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl, tableta oral, 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin en d5w, solución intravenosa, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	4	
<i>ciprofloxacin, solución intravenosa, 200 mg/20 ml, 400 mg/40 ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>levofloxacin en d5w, solución intravenosa, 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	3	
<i>levofloxacin, solución intravenosa, 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin, solución oral, 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin, tableta oral, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin, suspensión oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin, tableta oral, 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin, tableta oral masticable, 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, suspensión oral reconstituida, 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, tableta oral, 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate, tableta oral masticable, 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	3	
<i>ampicillin, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin, suspensión oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
<i>ampicillin sodium, solución inyectable reconstituida, 1 g, 10 g, 125 mg, 2 g, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>ampicillin sodium, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 10 g, 2 g</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución inyectable reconstituida, 1.5 (1-0.5) g, 15 (10-5) g, 3 (2-1) g</i>	4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium, solución intravenosa reconstituida, 15 (10-5) g</i>	4	
BICILLIN L-A, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 1200000 UNIDADES/2 ML, 2400000 UNIDADES/4 ML, 600000 UNIDADES/ML	4	
<i>dicloxacillin sodium, cápsula oral, 250 mg, 500 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>nafcillin sodium, solución inyectable reconstituida, 1 g, 10 g, 2 g</i>	4	
<i>nafcillin sodium, solución intravenosa reconstituida, 1 g, 2 g</i>	4	
PENICILLIN G POT EN DEXTROSE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 40000 UNIDADES/ML, 60000 UNIDADES/ML	4	
<i>penicillin g potassium, solución inyectable reconstituida, 20000000 unidades, 5000000 unidades</i>	4	
<i>penicillin g procaine, suspensión intramuscular, 600000 unidades/ml</i>	4	
<i>penicillin g sodium, solución inyectable reconstituida, 5000000 unidades</i>	4	
<i>penicillin v potassium, solución oral reconstituida, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g, solución inyectable reconstituida, 5000000 unidades</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so, solución intravenosa reconstituida, 2.25 (2-0.25) g, 3.375 (3-0.375) g, 4.5 (4-0.5) g, 40.5 (36-4.5) g</i>	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100, solución intravenosa reconstituida, 100 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate, solución intravenosa reconstituida, 100 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate, cápsula oral, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate, tableta oral, 100 mg, 20 mg</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate, cápsula oral, 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate, tableta oral, 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
<i>minocycline hcl, cápsula oral, 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>morgidox, cápsula oral, 50 mg</i>	3	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE, CÁPSULA ORAL, 25 MG, 50 MG	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>dacarbazine, solución intravenosa reconstituida, 100 mg, 200 mg</i>	3	B/D
EMCYT, CÁPSULA ORAL, 140 MG	4	
GLEOSTINE, CÁPSULA ORAL, 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG	4	
HEXALEN, CÁPSULA ORAL, 50 MG	5^	
LEUKERAN, TABLETA ORAL, 2 MG	4	
ANTIBIÓTICOS		
<i>bleomycin sulfate, solución inyectable reconstituida, 15 unidades, 30 unidades</i>	3	B/D
<i>mitomycin, solución intravenosa reconstituida, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	5^	B/D
ANTIMETABOLITOS		
<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 g/50 ml, 5 g/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	3	B/D
ALIMTA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 100 MG, 500 MG	5^	B/D
<i>azacitidine, suspensión inyectable reconstituida, 100 mg</i>	5^	B/D
<i>fluorouracil, solución intravenosa, 1 g/20 ml, 2.5 g/50 ml, 5 g/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	3	B/D
<i>mercaptopurine, tableta oral, 50 mg</i>	4	
<i>methotrexate sodium, solución inyectable sin conservantes (pf), 1 g/40 ml, 100 mg/4 ml, 200 mg/8 ml, 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	2	B/D
<i>methotrexate sodium, solución inyectable, 250 mg/10 ml</i>	2	B/D
METHOTREXATE SODIUM, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/2 ML	2	B/D
<i>methotrexate sodium, solución inyectable reconstituida, 1 g</i>	2	B/D
NIPENT, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 10 MG	5^	B/D
PURIXAN, SUSPENSIÓN ORAL, 2000 MG/100 ML	5^	
TABLOID, TABLETA ORAL, 40 MG	4	
ANTIMITÓTICOS, TAXOIDES		
ABRAXANE, SUSPENSIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 100 MG	5^	B/D
DOCEFREZ, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 20 MG	5^	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>docetaxel, concentrado para administración intravenosa, 140 mg/7 ml</i>	5 [^]	B/D
DOCETAXEL, CONCENTRADO PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA, 160 MG/8 ML, 20 MG/ML, 80 MG/4 ML	5 [^]	B/D
DOCETAXEL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 160 MG/16 ML, 20 MG/2 ML, 200 MG/20 ML, 80 MG/8 ML	5 [^]	B/D
TAXOTERE, CONCENTRADO PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA, 80 MG/4 ML	5 [^]	B/D
MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA		
AVASTIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/4 ML, 400 MG/16 ML	5 [^]	PA; LA
BELEODAQ, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 500 MG	5 [^]	PA
ERIVEDGE, CÁPSULA ORAL, 150 MG	5 [^]	PA; LA
FARYDAK, CÁPSULA ORAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG	5 [^]	PA; LA
HERCEPTIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 440 MG	5 [^]	PA
IBRANCE, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 125 MG, 75 MG	5 [^]	PA; LA
KEYTRUDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/4 ML	5 [^]	PA
KEYTRUDA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	5 [^]	PA
LYNPARZA, CÁPSULA ORAL, 50 MG	5 [^]	PA; LA
NINLARO, CÁPSULA ORAL, 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5 [^]	PA
RITUXAN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/10 ML, 500 MG/50 ML	5 [^]	PA; LA
RUBRACA, TABLETA ORAL, 200 MG, 300 MG	5 [^]	PA; LA
TECENTRIQ, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1200 MG/20 ML	5 [^]	PA; LA
VELCADE, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 3.5 MG	5 [^]	PA
VENCLEXTA, TABLETA ORAL, 10 MG, 50 MG	4	PA; LA
VENCLEXTA, TABLETA ORAL, 100 MG	5 [^]	PA; LA
VENCLEXTA, PAQUETE DE INICIO, TABLETA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, 10 Y 50 Y 100 MG	5 [^]	PA; LA
YERVOY, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/40 ML, 50 MG/10 ML	5 [^]	PA
ZOLINZA, CÁPSULA ORAL, 100 MG	5 [^]	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>anastrozole, tableta oral, 1 mg</i>	2	
<i>bicalutamide, tableta oral, 50 mg</i>	3	
<i>exemestane, tableta oral, 25 mg</i>	4	
FARESTON, TABLETA ORAL, 60 MG	5^	
FASLODEX, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR, 250 MG/5 ML	5^	B/D
<i>flutamide, cápsula oral, 125 mg</i>	4	
<i>hydroxyprogesterone caproate, solución intramuscular, 1.25 g/5 ml</i>	4	B/D
<i>letrozole, tableta oral, 2.5 mg</i>	3	
<i>leuprolide acetate, kit de inyección, 1 mg/0.2 ml</i>	3	PA
LUPRON DEPOT, KIT PARA USO INTRAMUSCULAR, 11.25 MG, 3.75 MG	5^	PA
LYSODREN, TABLETA ORAL, 500 MG	3	
<i>megestrol acetate, suspensión oral, 40 mg/ml</i>	4	PA
MEGESTROL ACETATE, SUSPENSIÓN ORAL, 625 MG/5 ML	4	PA
<i>megestrol acetate, tableta oral, 20 mg, 40 mg</i>	4	PA
NILANDRON, TABLETA ORAL, 150 MG	5^	
<i>nilutamide, tableta oral, 150 mg</i>	5^	
SOLTAMOX, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	4	
<i>tamoxifen citrate, tableta oral, 10 mg, 20 mg</i>	1	
TRELSTAR MIXJECT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 11.25 MG, 3.75 MG	5^	PA
XTANDI, CÁPSULA ORAL, 40 MG	5^	PA; LA
ZYTIGA, TABLETA ORAL, 250 MG	5^	PA; LA
INHIBIDORES DE QUINASAS		
AFINITOR DISPERZ, TABLETA ORAL SOLUBLE, 2 MG, 3 MG, 5 MG	5^	PA
AFINITOR, TABLETA ORAL, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	5^	PA
ALECENSA, CÁPSULA ORAL, 150 MG	5^	PA; LA
BOSULIF, TABLETA ORAL, 100 MG, 500 MG	5^	PA
CABOMETYX, TABLETA ORAL, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
CAPRELSA, TABLETA ORAL, 100 MG, 300 MG	5^	PA; LA
COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 100 MG), KIT PARA USO ORAL, 1 X 80 Y 1 X 20 MG	5^	PA; LA
COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 140 MG), KIT PARA USO ORAL, 1 X 80 Y 3 X 20 MG	5^	PA; LA
COMETRIQ (DOSIS DIARIA DE 60 MG), KIT PARA USO ORAL, 20 MG	5^	PA; LA
COTELLIC, TABLETA ORAL, 20 MG	5^	PA; LA
GILOTRIF, TABLETA ORAL, 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA; LA
ICLUSIG, TABLETA ORAL, 15 MG, 45 MG	5^	PA; LA
<i>imatinib mesylate, tableta oral, 100 mg</i>	5^	PA; QL (90 por cada 30 días)
<i>imatinib mesylate, tableta oral, 400 mg</i>	5^	PA; QL (60 por cada 30 días)
IMBRUVICA, CÁPSULA ORAL, 140 MG	5^	PA; LA
INLYTA, TABLETA ORAL, 1 MG, 5 MG	5^	PA; LA
IRESSA, TABLETA ORAL, 250 MG	5^	PA; LA
JAKAFI, TABLETA ORAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 10 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, 10 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 14 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, 10 Y 4 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 18 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, 10 Y (2) 4 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 20 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, (2) 10 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 24 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, (2) 10 Y 4 MG	5^	PA; LA
LENVIMA 8 MG, DOSIS DIARIA DE CÁPSULA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, (2) 4 MG	5^	PA; LA
MEKINIST, TABLETA ORAL, 0.5 MG, 2 MG	5^	PA; LA
NEXAVAR, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	PA; LA
SPRYCEL, TABLETA ORAL, 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5^	PA
STIVARGA, TABLETA ORAL, 40 MG	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SUTENT, CÁPSULA ORAL, 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5^	PA
TAFINLAR, CÁPSULA ORAL, 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA
TAGRISO, TABLETA ORAL, 40 MG, 80 MG	5^	PA; LA
TARCEVA, TABLETA ORAL, 100 MG, 150 MG, 25 MG	5^	PA; LA
TASIGNA, CÁPSULA ORAL, 150 MG, 200 MG	5^	PA
TYKERB, TABLETA ORAL, 250 MG	5^	PA; LA
VOTRIENT, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	PA; LA
XALKORI, CÁPSULA ORAL, 200 MG, 250 MG	5^	PA; LA
ZELBORAF, TABLETA ORAL, 240 MG	5^	PA; LA
ZYDELIG, TABLETA ORAL, 100 MG, 150 MG	5^	PA; LA
ZYKADIA, CÁPSULA ORAL, 150 MG	5^	PA; LA
VARIOS		
<i>bexarotene, cápsula oral, 75 mg</i>	5^	PA
DROXIA, CÁPSULA ORAL, 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
<i>hydroxyurea, cápsula oral, 500 mg</i>	3	
LONSURF, TABLETA ORAL, 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA
MATULANE, CÁPSULA ORAL, 50 MG	5^	LA
<i>mitoxantrone hcl, concentrado para administración intravenosa, 20 mg/10 ml, 25 mg/12.5 ml, 30 mg/15 ml</i>	3	B/D
ODOMZO, CÁPSULA ORAL, 200 MG	5^	PA; LA
SYLATRON, KIT PARA USO SUBCUTÁNEO, 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG	5^	PA
SYNRIBO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 3.5 MG	5^	PA
<i>tretinoin, cápsula oral, 10 mg</i>	5^	
TRISENOX, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/10 ML	5^	B/D
AGENTES BASADOS EN PLATINO		
<i>carboplatin, solución intravenosa, 150 mg/15 ml, 450 mg/45 ml, 50 mg/5 ml, 600 mg/60 ml</i>	4	B/D
<i>cisplatin, solución intravenosa, 100 mg/100 ml, 200 mg/200 ml, 50 mg/50 ml</i>	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AGENTES PROTECTORES		
AMIFOSTINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 500 MG	5 [^]	B/D
<i>dexrazoxane, solución intravenosa reconstituida, 500 mg</i>	5 [^]	B/D
ELITEK, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 1.5 MG, 7.5 MG	5 [^]	B/D
FUSILEV, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	5 [^]	B/D
<i>leucovorin calcium, solución inyectable reconstituida, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	4	B/D
<i>leucovorin calcium, tableta oral, 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	3	
<i>levoleucovorin calcium, solución intravenosa, 175 mg/17.5 ml</i>	5 [^]	B/D
<i>levoleucovorin calcium, solución intravenosa reconstituida, 50 mg</i>	5 [^]	B/D
<i>levoleucovorin calcium pf, solución intravenosa, 250 mg/25 ml</i>	5 [^]	B/D
<i>mesna, solución intravenosa, 100 mg/ml</i>	4	B/D
MESNEX, TABLETA ORAL, 400 MG	5 [^]	
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA		
<i>etoposide, solución intravenosa, 100 mg/5 ml, 500 mg/25 ml</i>	3	B/D
<i>toposar, solución intravenosa, 1 g/50 ml, 100 mg/5 ml</i>	3	B/D
TOPOTECAN HCL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML	5 [^]	B/D
<i>topotecan hcl, solución intravenosa reconstituida, 4 mg</i>	5 [^]	B/D
CARDIOVASCULARES		
COMBINACIONES DE INHIBIDORES ACE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl, cápsula oral, 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz, tableta oral, 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide, tableta oral, 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
INHIBIDORES ACE		
<i>benazepril hcl, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>captopril, tableta oral, 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lisinopril, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>moexipril hcl, tableta oral, 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine, tableta oral, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril hcl, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ramipril, cápsula oral, 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril, tableta oral, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ALDOSTERONA		
<i>epplerenone, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>spironolactone, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
BLOQUEADORES ALFA		
<i>doxazosin mesylate, tableta oral, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>prazosin hcl, cápsula oral, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	
<i>terazosin hcl, cápsula oral, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
COMBINACIONES DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate-valsartan, tableta oral, 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan, tableta oral, 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>amlodipine-valsartan-hctz, tableta oral, 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	
ENTRESTO, TABLETA ORAL, 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide, tableta oral, 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz, tableta oral, 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz, tableta oral, 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz, tableta oral, 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide, tableta oral, 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>irbesartan, tableta oral, 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>losartan potassium, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil, tableta oral, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>valsartan, tableta oral, 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl, solución intravenosa, 150 mg/3 ml, 450 mg/9 ml, 900 mg/18 ml</i>	2	
<i>amiodarone hcl, tableta oral, 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl, tableta oral, 200 mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate, cápsula oral, 100 mg, 150 mg</i>	4	PA
DOFETILIDE, CÁPSULA ORAL, 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	4	
<i>flecainide acetate, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	3	
<i>mexiletine hcl, cápsula oral, 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	4	
MULTAQ, TABLETA ORAL, 400 MG	4	
NORPACE CR, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, 100 MG, 150 MG	4	PA
<i>pacerone, tableta oral, 100 mg, 400 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>pacerone, tableta oral, 200 mg</i>	1	
<i>propafenone hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	4	
<i>propafenone hcl, tableta oral, 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	3	
<i>quinidine gluconate er, tableta oral de liberación prolongada, 324 mg</i>	4	
<i>quinidine sulfate, tableta oral, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>sorine, tableta oral, 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol hcl (af), tableta oral, 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	3	
<i>sotalol hcl, tableta oral, 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>lovastatin, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 por cada 30 días)
<i>simvastatin, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>simvastatin, tableta oral, 80 mg</i>	1	QL (30 por cada 30 días)
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine, paquete liviano para uso oral, 4 g</i>	4	
<i>cholestyramine, polvo liviano para uso oral, 4 g/dosis</i>	4	
<i>cholestyramine, paquete para uso oral, 4 g</i>	4	
<i>cholestyramine, polvo para uso oral, 4 g/dosis</i>	4	
<i>colestipol hcl, gránulos para uso oral, 5 g</i>	4	
<i>colestipol hcl, paquete para uso oral, 5 g</i>	4	
<i>colestipol hcl, tableta oral, 1 g</i>	4	
<i>ezetimibe, tableta oral, 10 mg</i>	3	
<i>fenofibrate micronized, cápsula oral, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>fenofibrate, tableta oral, 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	4	
<i>gemfibrozil, tableta oral, 600 mg</i>	2	
JUXTAPID, CÁPSULA ORAL, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5^	PA; LA
KYNAMRO, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/ML	5^	PA
<i>niacin er (antihiperlipidémico), tableta oral de liberación prolongada, 1000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>niacin er (antihiperlipidémico), tableta oral de liberación prolongada, 500 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
<i>niacor, tableta oral, 500 mg</i>	3	
<i>omega-3-acid ethyl esters, cápsula oral, 1 g</i>	4	
PRALUENT, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML, 75 MG/ML	5^	PA
PRALUENT, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML, 75 MG/ML	5^	PA
<i>prevalite, paquete para uso oral, 4 g</i>	4	
<i>prevalite, polvo para uso oral, 4 g/dosis</i>	4	
VASCEPA, CÁPSULA ORAL, 0.5 G, 1 G	4	
WELCHOL, PAQUETE PARA USO ORAL, 3.75 G	3	
WELCHOL, TABLETA ORAL, 625 MG	3	
ZETIA, TABLETA ORAL, 10 MG	3	
COMBINACIONES DE BLOQUEADORES BETA/DIURÉTICOS		
<i>atenolol-chlorthalidone, tableta oral, 100-25 mg, 50-25 mg</i>	3	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide, tableta oral, 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide, tableta oral, 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	3	
BLOQUEADORES BETA		
<i>acebutolol hcl, cápsula oral, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BYSTOLIC, TABLETA ORAL, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	4	
<i>carvedilol, tableta oral, 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol hcl, tableta oral, 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>metoprolol succinate er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>metoprolol tartrate, solución intravenosa, 1 mg/ml, 5 mg/5 ml</i>	3	
<i>metoprolol tartrate, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nadolol, tableta oral, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>pindolol, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>propranolol hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	
<i>propranolol hcl, solución intravenosa, 1 mg/ml</i>	3	
<i>propranolol hcl, solución oral, 20 mg/5 ml, 40 mg/5 ml</i>	3	
<i>propranolol hcl, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	
<i>timolol maleate, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
BLOQUEADORES DEL CANAL DE CALCIO		
<i>afeditab cr, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>amlodipine besylate, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>cartia xt, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>diltiazem cd, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er, perlas en cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl er, perlas recubiertas en cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
DILTIAZEM HCL ER, PERLAS RECUBIERTAS EN CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 360 MG	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>diltiazem hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 240 mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl, solución intravenosa, 125 mg/25 ml, 25 mg/5 ml, 50 mg/10 ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl, tableta oral, 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	
<i>felodipine er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>nicardipine hcl, cápsula oral, 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedical xl, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>nifedipine er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nifedipine er, tableta oral osmótica de liberación prolongada 24 horas, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nimodipine, cápsula oral, 30 mg</i>	5 [^]	
NYMALIZE, SOLUCIÓN ORAL, 60 MG/20 ML	5 [^]	
<i>taztia xt, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	3	
<i>verapamil hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg</i>	4	
VERAPAMIL HCL ER, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 360 MG	4	
<i>verapamil hcl er, tableta oral de liberación prolongada, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil hcl, solución intravenosa, 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>verapamil hcl, tableta oral, 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digitek, tableta oral, 125 mcg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>digitek, tableta oral, 250 mcg</i>	3	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>digox, tableta oral, 125 mcg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>digox, tableta oral, 250 mcg</i>	3	PA
<i>digoxin, solución inyectable, 0.25 mg/ml</i>	3	
DIGOXIN, SOLUCIÓN ORAL, 0.05 MG/ML	3	PA
<i>digoxin, tableta oral, 125 mcg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>digoxin, tableta oral, 250 mcg</i>	3	PA
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er, cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, 500 mg</i>	4	
<i>acetazolamide, tableta oral, 125 mg, 250 mg</i>	3	
<i>amiloride hcl, tableta oral, 5 mg</i>	3	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide, tableta oral, 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide, solución inyectable, 0.25 mg/ml</i>	3	
<i>bumetanide, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>chlorothiazide, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>chlorthalidone, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	3	
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML	2	
<i>furosemide, solución inyectable, 10 mg/ml (jeringa de 4 ml)</i>	2	
<i>furosemide, solución oral, 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide, tableta oral, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide, cápsula oral, 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide, tableta oral, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide, tableta oral, 1.25 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>methazolamide, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>metolazone, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>spironolactone-hctz, tableta oral, 25-25 mg</i>	3	
<i>torseamide, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>triamterene-hctz, cápsula oral, 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz, tableta oral, 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
VARIOS		
<i>clonidine hcl, tableta oral, 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>clonidine hcl, parche transdérmico semanal, 0.1 mg/24 h, 0.2 mg/24 h, 0.3 mg/24 h</i>	2	
DEMSER, CÁPSULA ORAL, 250 MG	5^	
<i>hydralazine hcl, solución inyectable, 20 mg/ml</i>	3	
<i>hydralazine hcl, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>midodrine hcl, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>minoxidil, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
NORTHERA, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 200 MG, 300 MG	5^	PA; LA
RANEXA, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, 1000 MG, 500 MG	3	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate er, tableta oral de liberación prolongada, 40 mg</i>	4	
<i>isosorbide dinitrate, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate, tableta oral, 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>minitran, parche transdérmico 24 horas, 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	3	
<i>nitro-bid, ungüento para uso transdérmico 2 %</i>	3	
<i>nitroglycerin, para uso sublingual, tableta sublingual, 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	3	
<i>nitroglycerin, parche transdérmico 24 horas, 0.1 mg/h, 0.2 mg/h, 0.4 mg/h, 0.6 mg/h</i>	3	
NITROSTAT, PARA USO SUBLINGUAL, TABLETA SUBLINGUAL, 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADCIRCA, TABLETA ORAL, 20 MG	5^	PA
ADEMPAS, TABLETA ORAL, 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5^	PA; LA; QL (90 por cada 30 días)
LETAIRIS, TABLETA ORAL, 10 MG, 5 MG	5^	PA; LA; QL (30 por cada 30 días)
OPSUMIT, TABLETA ORAL, 10 MG	5^	PA; LA
REMODULIN, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
REVATIO, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 10 MG/ML	5^	PA; QL (224 ML por 30 días)
<i>sildenafil citrate, tableta oral, 20 mg</i>	3	PA; LA; QL (90 por cada 30 días)
TRACLEER, TABLETA ORAL, 125 MG	5^	PA; LA; QL (60 por cada 30 días)
TRACLEER, TABLETA ORAL, 62.5 MG	5^	PA; LA; QL (120 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 1000 MCG	5^	PA; LA; QL (90 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG	5^	PA; LA; QL (60 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 200 MCG	5^	PA; LA; QL (480 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 400 MCG	5^	PA; LA; QL (240 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 600 MCG	5^	PA; LA; QL (150 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, 800 MCG	5^	PA; LA; QL (120 por cada 30 días)
UPTRAVI, TABLETA ORAL, PAQUETE TERAPÉUTICO, 200 Y 800 MCG	5^	PA; LA
VENTAVIS, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN, 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	5^	PA

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANTIANSIEDAD

<i>alprazolam, tableta oral, 0.25 mg</i>	1	QL (480 por cada 30 días)
<i>alprazolam, tableta oral, 0.5 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
<i>alprazolam, tableta oral, 1 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>alprazolam, tableta oral, 2 mg</i>	1	QL (150 por cada 30 días)
<i>bupirone hcl, tableta oral, 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate, tableta oral, 100 mg</i>	3	
<i>fluvoxamine maleate, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	3	QL (45 por cada 30 días)
<i>lorazepam, solución inyectable, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	2	
<i>lorazepam intensol, concentrado para administración oral, 2 mg/ml</i>	3	QL (150 ML por 30 días)
<i>lorazepam, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (150 por cada 30 días)

ANTICONVULSIVOS

APTIOM, TABLETA ORAL, 200 MG	4	QL (180 por cada 30 días)
APTIOM, TABLETA ORAL, 400 MG	5^	QL (90 por cada 30 días)
APTIOM, TABLETA ORAL, 600 MG, 800 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL, 40 MG/ML	5^	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BANZEL, TABLETA ORAL, 200 MG, 400 MG	5^	PA
BRIVIACT, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 50 MG/5 ML	4	PA
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML	5^	PA
BRIVIACT, TABLETA ORAL, 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA
<i>carbamazepine er, cápsula oral de liberación prolongada 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>carbamazepine er, tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>carbamazepine, suspensión oral, 100 mg/5 ml</i>	4	
<i>carbamazepine, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>carbamazepine, tableta oral masticable, 100 mg</i>	3	
CELONTIN, CÁPSULA ORAL, 300 MG	4	
<i>clonazepam, tableta oral, 0.5 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral, 1 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral, 2 mg</i>	1	QL (300 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral dispersable, 0.125 mg</i>	3	QL (960 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral dispersable, 0.25 mg</i>	3	QL (480 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral dispersable, 0.5 mg</i>	3	QL (240 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral dispersable, 1 mg</i>	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>clonazepam, tableta oral dispersable, 2 mg</i>	3	QL (300 por cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, tableta oral, 15 mg</i>	3	PA; QL (180 por cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium, tableta oral, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	3	PA; QL (120 por cada 30 días)
<i>diazepam, solución inyectable, 5 mg/ml</i>	3	
<i>diazepam intensol, concentrado para administración oral, 5 mg/ml</i>	3	PA; QL (240 ML por 30 días)
<i>diazepam, solución oral, 1 mg/ml</i>	3	PA; QL (1200 ML por 30 días)
<i>diazepam, tableta oral, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (120 por cada 30 días)
DIAZEPAM, GEL RECTAL, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG	4	
<i>dilantin infatabs, tableta oral masticable, 50 mg</i>	3	
<i>dilantin, cápsula oral, 100 mg, 30 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
DILANTIN, SUSPENSIÓN ORAL, 125 MG/5 ML	3	
<i>divalproex sodium er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>divalproex sodium, cápsula oral espolvoreable de liberación retardada, 125 mg</i>	4	
<i>divalproex sodium, tableta oral de liberación retardada, 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>epitol, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>ethosuximide, cápsula oral, 250 mg</i>	4	
<i>ethosuximide, solución oral, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>felbamate, suspensión oral, 600 mg/5 ml</i>	5 [^]	
<i>felbamate, tableta oral, 400 mg, 600 mg</i>	4	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL, 0.5 MG/ML	4	PA; QL (720 ML por 30 días)
FYCOMPA, TABLETA ORAL, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	PA; QL (30 por cada 30 días)
FYCOMPA, TABLETA ORAL, 2 MG	4	PA; QL (180 por cada 30 días)
FYCOMPA, TABLETA ORAL, 4 MG	4	PA; QL (90 por cada 30 días)
FYCOMPA, TABLETA ORAL, 6 MG	4	PA; QL (60 por cada 30 días)
<i>gabapentin, cápsula oral, 100 mg</i>	2	QL (1080 por cada 30 días)
<i>gabapentin, cápsula oral, 300 mg</i>	2	QL (360 por cada 30 días)
<i>gabapentin, cápsula oral, 400 mg</i>	2	QL (270 por cada 30 días)
<i>gabapentin, solución oral, 250 mg/5 ml</i>	4	QL (2160 ML por 30 días)
<i>gabapentin, tableta oral, 600 mg</i>	3	QL (180 por cada 30 días)
<i>gabapentin, tableta oral, 800 mg</i>	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>lamotrigine, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	2	
<i>lamotrigine, tableta oral masticable, 25 mg, 5 mg</i>	3	
LEVETIRACETAM EN NA ₂ CO ₃ , SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1000 MG/100 ML, 1500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML	4	
<i>levetiracetam, solución intravenosa, 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levetiracetam, solución oral, 100 mg/ml</i>	3	
<i>levetiracetam, tableta oral, 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
LYRICA, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
LYRICA, CÁPSULA ORAL, 200 MG	3	QL (90 por cada 30 días)
LYRICA, CÁPSULA ORAL, 225 MG, 300 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
LYRICA, SOLUCIÓN ORAL, 20 MG/ML	3	QL (946 ML por 30 días)
ONFI, SUSPENSIÓN ORAL, 2.5 MG/ML	5^	PA
ONFI, TABLETA ORAL, 10 MG	4	PA
ONFI, TABLETA ORAL, 20 MG	5^	PA
<i>oxcarbazepine, suspensión oral, 300 mg/5 ml</i>	4	
<i>oxcarbazepine, tableta oral, 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	3	
PEGANONE, TABLETA ORAL, 250 MG	4	
<i>phenobarbital, elixir oral, 20 mg/5 ml</i>	4	PA
<i>phenobarbital, tableta oral, 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	4	PA
<i>phenobarbital sodium, solución inyectable, 130 mg/ml</i>	4	PA
PHENOBARBITAL SODIUM, SOLUCIÓN INYECTABLE, 65 MG/ML	4	PA
<i>phenytek, cápsula oral, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>phenytoin, suspensión oral, 125 mg/5 ml</i>	3	
<i>phenytoin, tableta oral masticable, 50 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium, cápsula oral de liberación prolongada, 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	3	
<i>phenytoin sodium, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	3	
POTIGA, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	QL (180 por cada 30 días)
POTIGA, TABLETA ORAL, 300 MG, 400 MG	5^	QL (90 por cada 30 días)
POTIGA, TABLETA ORAL, 50 MG	4	
<i>primidone, tableta oral, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>roweepra, tableta oral, 500 mg</i>	3	
SABRIL, PAQUETE PARA USO ORAL, 500 MG	5^	PA; LA; QL (180 por cada 30 días)
SABRIL, TABLETA ORAL, 500 MG	5^	PA; LA; QL (180 por cada 30 días)
SPRITAM, TABLETA ORAL DESINTEGRABLE, SOLUBLE, 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
TEGRETOL, SUSPENSIÓN ORAL, 100 MG/5 ML	4	
TEGRETOL, TABLETA ORAL, 200 MG	4	
TEGRETOL-XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, 100 MG, 200 MG, 400 MG	4	
<i>tiagabine hcl, tableta oral, 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>topiramate, cápsula oral espolvoreable, 15 mg, 25 mg</i>	4	
<i>topiramate, tableta oral, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>valproate sodium, solución intravenosa, 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>valproate sodium, jarabe oral, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid, cápsula oral, 250 mg</i>	3	
VIMPAT, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/20 ML	4	
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML	4	QL (1200 ML por 30 días)
VIMPAT, TABLETA ORAL, 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
VIMPAT, TABLETA ORAL, 50 MG	4	QL (180 por cada 30 días)
<i>zonisamide, cápsula oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl, tableta oral, 10 mg</i>	2	
<i>donepezil hcl, tableta oral, 5 mg</i>	2	QL (60 por cada 30 días)
<i>donepezil hcl, tableta oral dispersable, 10 mg</i>	3	
<i>donepezil hcl, tableta oral dispersable, 5 mg</i>	3	QL (60 por cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 16 mg, 8 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 24 mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide, solución oral, 4 mg/ml</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide, tableta oral, 12 mg</i>	4	
<i>galantamine hydrobromide, tableta oral, 4 mg</i>	4	QL (180 por cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide, tableta oral, 8 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
<i>memantine hcl, solución oral, 2 mg/ml</i>	3	PA
MEMANTINE HCL, TABLETA ORAL, 10 MG	4	PA
<i>memantine hcl, tableta oral, 5 mg</i>	4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
NAMENDA XR, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG	4	PA
NAMENDA XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 7 Y 14 Y 21	4	PA
NAMZARIC, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE TERAPÉUTICO, 7 Y 14 Y 21 Y 28-10 MG	4	
NAMZARIC, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	4	
<i>rivastigmine, parche transdérmico 24 horas, 13.3 mg/24 h, 4.6 mg/24 h, 9.5 mg/24 h</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	PA
<i>amoxapine, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl er (sr), tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl er (xl), tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90 por cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl), tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>bupropion hcl, tableta oral, 100 mg, 75 mg</i>	3	
<i>citalopram hydrobromide, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>citalopram hydrobromide, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>clomipramine hcl, cápsula oral, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	PA
<i>desipramine hcl, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>doxepin hcl, cápsula oral, 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	PA
<i>doxepin hcl, concentrado para administración oral, 10 mg/ml</i>	4	PA
<i>duloxetine hcl, cápsula oral con partículas de liberación retardada, 20 mg</i>	4	QL (180 por cada 30 días)
<i>duloxetine hcl, cápsula oral con partículas de liberación retardada, 30 mg</i>	4	QL (120 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>duloxetine hcl, cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
EMSAM, PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS, 12 MG/24 H, 6 MG/24 H, 9 MG/24 H	5^	PA; QL (30 por cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (600 ML por 30 días)
<i>escitalopram oxalate, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (45 por cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate, tableta oral, 20 mg</i>	2	QL (60 por cada 30 días)
FETZIMA, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 120 MG, 80 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
FETZIMA, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 20 MG	4	QL (180 por cada 30 días)
FETZIMA, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 40 MG	4	QL (90 por cada 30 días)
FETZIMA, AJUSTE DE DOSIS, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE TERAPÉUTICO, 20 Y 40 MG	4	
<i>fluoxetine hcl, cápsula oral, 10 mg</i>	1	QL (30 por cada 30 días)
<i>fluoxetine hcl, cápsula oral, 20 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>fluoxetine hcl, cápsula oral, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl, solución oral, 20 mg/5 ml</i>	3	
<i>fluoxetine hcl, tableta oral, 10 mg</i>	4	QL (45 por cada 30 días)
<i>fluoxetine hcl, tableta oral, 20 mg</i>	4	
<i>imipramine hcl, tableta oral, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>maprotiline hcl, tableta oral, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
MARPLAN, TABLETA ORAL, 10 MG	4	QL (180 por cada 30 días)
<i>mirtazapine, tableta oral, 15 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (45 por cada 30 días)
<i>mirtazapine, tableta oral, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>mirtazapine, tableta oral dispersable, 15 mg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>mirtazapine, tableta oral dispersable, 30 mg, 45 mg</i>	3	
<i>nefazodone hcl, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline hcl, cápsula oral, 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>paroxetine hcl, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (45 por cada 30 días)
<i>paroxetine hcl, tableta oral, 30 mg</i>	1	QL (60 por cada 30 días)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	4	QL (900 ML por 30 días)
<i>phenelzine sulfate, tableta oral, 15 mg</i>	3	
PRISTIQ, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>protriptyline hcl, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline hcl, concentrado para administración oral, 20 mg/ml</i>	4	
<i>sertraline hcl, tableta oral, 100 mg</i>	1	
<i>sertraline hcl, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (45 por cada 30 días)
<i>tranylcypromine sulfate, tableta oral, 10 mg</i>	4	
<i>trazodone hcl, tableta oral, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate, cápsula oral, 100 mg</i>	4	PA; QL (60 por cada 30 días)
<i>trimipramine maleate, cápsula oral, 25 mg</i>	4	PA; QL (240 por cada 30 días)
<i>trimipramine maleate, cápsula oral, 50 mg</i>	4	PA; QL (120 por cada 30 días)
TRINTELLIX, TABLETA ORAL, 10 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
TRINTELLIX, TABLETA ORAL, 20 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
TRINTELLIX, TABLETA ORAL, 5 MG	4	QL (120 por cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine hcl, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	
VIIBRYD, TABLETA ORAL, 10 MG, 20 MG, 40 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
VIIBRYD, KIT DE PAQUETE DE INICIO PARA USO ORAL, 10 Y 20 MG	4	
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl, cápsula oral, 100 mg</i>	4	QL (120 por cada 30 días)
<i>amantadine hcl, jarabe oral, 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>amantadine hcl, tableta oral, 100 mg</i>	4	
APOKYN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 10 MG/ML	5^	PA; LA
AZILECT, TABLETA ORAL, 0.5 MG, 1 MG	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
BENZTROPINE MESYLATE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	3	
<i>benztropine mesylate, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	PA
<i>bromocriptine mesylate, cápsula oral, 5 mg</i>	4	
<i>bromocriptine mesylate, tableta oral, 2.5 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa er, tableta oral de liberación prolongada, 25-100 mg, 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, tableta oral, 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, tableta oral dispersable, 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	
ENTACAPONE, TABLETA ORAL, 200 MG	4	
NEUPRO, PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS, 1 MG/24 H, 2 MG/24 H, 3 MG/24 H, 4 MG/24 H, 6 MG/24 H, 8 MG/24 H	4	
<i>pramipexole dihydrochloride, tableta oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	2	
<i>rasagiline mesylate, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	
<i>ropinirole hcl, tableta oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl, cápsula oral, 5 mg</i>	4	
<i>selegiline hcl, tableta oral, 5 mg</i>	4	
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MANTENA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 300 MG, 300 MG (JERINGA DE 1.5 ML), 400 MG	5^	QL (1 por cada 28 días)
<i>aripiprazole, solución oral, 1 mg/ml</i>	5^	QL (900 ML por 30 días)
<i>aripiprazole, tableta oral, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>aripiprazole, tableta oral, 20 mg, 30 mg</i>	5^	QL (30 por cada 30 días)
<i>aripiprazole, tableta oral dispersable, 10 mg, 15 mg</i>	5^	QL (60 por cada 30 días)
ARISTADA, JERINGA PRECARGADA PARA USO INTRAMUSCULAR, 441 MG/1.6 ML	5^	QL (1.6 ML por 28 días)
ARISTADA, JERINGA PRECARGADA PARA USO INTRAMUSCULAR, 662 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML por 28 días)
ARISTADA, JERINGA PRECARGADA PARA USO INTRAMUSCULAR, 882 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML por 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>chlorpromazine hcl, solución inyectable, 25 mg/ml, 50 mg/2 ml</i>	4	
<i>chlorpromazine hcl, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine, tableta oral, 100 mg</i>	4	QL (270 por cada 30 días)
<i>clozapine, tableta oral, 200 mg</i>	4	QL (135 por cada 30 días)
<i>clozapine, tableta oral, 25 mg, 50 mg</i>	3	
CLOZAPINE, TABLETA ORAL DISPERSABLE, 100 MG	4	PA; QL (270 por cada 30 días)
CLOZAPINE, TABLETA ORAL DISPERSABLE, 12.5 MG, 25 MG	4	PA
CLOZAPINE, TABLETA ORAL DISPERSABLE, 150 MG	4	PA; QL (180 por cada 30 días)
CLOZAPINE, TABLETA ORAL DISPERSABLE, 200 MG	5^	PA; QL (135 por cada 30 días)
FANAPT, TABLETA ORAL, 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
FANAPT, TABLETA ORAL, 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, TABLETA ORAL, 1 Y 2 Y 4 Y 6 MG	4	
<i>fluphenazine decanoate, solución inyectable, 25 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl, solución inyectable, 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl, concentrado para administración oral, 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl, elixir oral, 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl, tableta oral, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
GEODON, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 20 MG	4	QL (6 por cada 3 días)
<i>haloperidol decanoate, solución intramuscular, 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate, solución inyectable, 5 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate, concentrado para administración oral, 2 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	5^	QL (0.75 ML por 28 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	5^	QL (1 ML por 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	5^	QL (1.5 ML por 28 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 ML por 28 días)
INVEGA SUSTENNA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	5^	QL (0.5 ML por 28 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.875 ML	5^	QL (0.875 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.315 ML	5^	QL (1.315 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	5^	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.625 ML	5^	QL (2.625 ML por 90 días)
LATUDA, TABLETA ORAL, 120 MG, 40 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
LATUDA, TABLETA ORAL, 20 MG	4	QL (240 por cada 30 días)
LATUDA, TABLETA ORAL, 60 MG, 80 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>loxapine succinate, cápsula oral, 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
<i>molindone hcl, tableta oral, 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	
NUPLAZID, TABLETA ORAL, 17 MG	5^	PA; LA; QL (60 por cada 30 días)
<i>olanzapine, solución intramuscular reconstituida, 10 mg</i>	4	QL (3 por cada 1 día)
<i>olanzapine, tableta oral, 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	3	QL (60 por cada 30 días)
<i>olanzapine, tableta oral, 2.5 mg</i>	3	QL (240 por cada 30 días)
<i>olanzapine, tableta oral, 5 mg</i>	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>olanzapine, tableta oral, 7.5 mg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>olanzapine, tableta oral dispersable, 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>olanzapine, tableta oral dispersable, 5 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>paliperidone er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	5^	QL (30 por cada 30 días)
<i>paliperidone er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 6 mg</i>	5^	QL (60 por cada 30 días)
<i>perphenazine, tableta oral, 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	4	
<i>pimozide, tableta oral, 1 mg, 2 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>quetiapine fumarate er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300 mg, 400 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 50 mg</i>	4	QL (120 por cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate, tableta oral, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (90 por cada 30 días)
REXULTI, TABLETA ORAL, 0.25 MG	5^	QL (360 por cada 30 días)
REXULTI, TABLETA ORAL, 0.5 MG	5^	QL (180 por cada 30 días)
REXULTI, TABLETA ORAL, 1 MG	5^	QL (90 por cada 30 días)
REXULTI, TABLETA ORAL, 2 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
REXULTI, TABLETA ORAL, 3 MG, 4 MG	5^	QL (30 por cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 12.5 MG, 25 MG	4	QL (2 por cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 37.5 MG, 50 MG	5^	QL (2 por cada 28 días)
<i>risperidone, solución oral, 1 mg/ml</i>	4	QL (240 ML por 30 días)
<i>risperidone, tableta oral, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	QL (90 por cada 30 días)
<i>risperidone, tableta oral, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (60 por cada 30 días)
<i>risperidone, tableta oral, 4 mg</i>	2	QL (120 por cada 30 días)
<i>risperidone, tableta oral dispersable, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
<i>risperidone, tableta oral dispersable, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>risperidone, tableta oral dispersable, 4 mg</i>	4	QL (120 por cada 30 días)
SAPHRIS, PARA USO SUBLINGUAL, TABLETA SUBLINGUAL, 10 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
SAPHRIS, PARA USO SUBLINGUAL, TABLETA SUBLINGUAL, 2.5 MG	4	QL (240 por cada 30 días)
SAPHRIS, PARA USO SUBLINGUAL, TABLETA SUBLINGUAL, 5 MG	4	QL (120 por cada 30 días)
SEROQUEL XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 150 MG, 200 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
SEROQUEL XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 300 MG, 400 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
SEROQUEL XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 50 MG	4	QL (120 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>thioridazine hcl, tableta oral, 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>thiothixene, cápsula oral, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine hcl, tableta oral, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
VERSACLOZ, SUSPENSIÓN ORAL, 50 MG/ML	5^	PA; QL (600 ML por 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULA ORAL, 1.5 MG	5^	QL (120 por cada 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULA ORAL, 3 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULA ORAL, 4.5 MG, 6 MG	5^	QL (30 por cada 30 días)
VRAYLAR, CÁPSULA ORAL, PAQUETE TERAPÉUTICO, 1.5 Y 3 MG	4	
<i>ziprasidone hcl, cápsula oral, 20 mg, 40 mg</i>	4	QL (60 por cada 30 días)
<i>ziprasidone hcl, cápsula oral, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 210 MG	4	PA; QL (2 por cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 300 MG	5^	PA; QL (2 por cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 405 MG	5^	PA; QL (1 por cada 28 días)
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
<i>amphetamine-dextroamphet er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphet er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 10 mg</i>	3	QL (180 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 12.5 mg</i>	3	QL (144 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 15 mg</i>	3	QL (120 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 20 mg</i>	3	QL (90 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 30 mg</i>	3	QL (60 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 5 mg</i>	3	QL (360 por cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine, tableta oral, 7.5 mg</i>	3	QL (240 por cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	PA
<i>metadate er, tableta oral de liberación prolongada, 20 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>methylphenidate hcl er, tableta oral de liberación prolongada, 10 mg, 20 mg</i>	4	QL (90 por cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	QL (900 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1800 ML por 30 días)
<i>methylphenidate hcl, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (180 por cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl, tableta oral, 20 mg</i>	3	QL (90 por cada 30 días)
STRATTERA, CÁPSULA ORAL, 10 MG, 18 MG, 25 MG	4	QL (120 por cada 30 días)
STRATTERA, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 60 MG, 80 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
STRATTERA, CÁPSULA ORAL, 40 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
HIPNÓTICOS		
HETLIOZ, CÁPSULA ORAL, 20 MG	5 [^]	PA; LA
SILENOR, TABLETA ORAL, 3 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
SILENOR, TABLETA ORAL, 6 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>temazepam, cápsula oral, 15 mg</i>	2	PA; QL (60 por cada 30 días)
<i>temazepam, cápsula oral, 7.5 mg</i>	2	PA; QL (30 por cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (30 por cada 30 días)
MIGRAÑA		
<i>cafergot, tableta oral, 1-100 mg</i>	4	
<i>dihydroergotamine mesylate, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	3	
<i>ergotamine-caffeine, tableta oral, 1-100 mg</i>	4	
<i>migergot, supositorio rectal, 2-100 mg</i>	5 [^]	
RELPAZ, TABLETA ORAL, 20 MG, 40 MG	3	QL (12 por cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	3	QL (18 por cada 30 días)
SUMATRIPTAN, SOLUCIÓN NASAL, 20 MG/ACT	4	QL (12 por cada 30 días)
SUMATRIPTAN, SOLUCIÓN NASAL, 5 MG/ACT	4	QL (24 por cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (12 por cada 30 días)
SUMATRIPTAN SUCCINATE, CARTUCHO CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE RECARGA, 4 MG/0.5 ML	4	QL (9 ML por 30 días)
SUMATRIPTAN SUCCINATE, CARTUCHO CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA DE RECARGA, 6 MG/0.5 ML	4	QL (6 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución subcutánea, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (6 ML por 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SUMATRIPTAN SUCCINATE, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA AUTOINYECTABLE, 4 MG/0.5 ML	4	QL (9 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, solución subcutánea autoinyectable, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (6 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate, jeringa precargada con solución subcutánea, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (6 ML por 30 días)
VARIOS		
<i>lithium carbonate er, tableta oral de liberación prolongada, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate, cápsula oral, 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate, tableta oral, 300 mg</i>	2	
LITHIUM, SOLUCIÓN ORAL, 8 MEQ/5 ML	3	
NUDEXTA, CÁPSULA ORAL, 20-10 MG	4	PA
<i>pyridostigine bromide, tableta oral, 60 mg</i>	3	
<i>riluzole, tableta oral, 50 mg</i>	3	
TETRABENAZINE, TABLETA ORAL, 12.5 MG	5^	PA; QL (240 por cada 30 días)
TETRABENAZINE, TABLETA ORAL, 25 MG	5^	PA; QL (120 por cada 30 días)
AGENTES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AMPYRA, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, 10 MG	5^	PA; LA
BETASERON, KIT PARA USO SUBCUTÁNEO, 0.3 MG	5^	PA; QL (14 por cada 28 días)
COPAXONE, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5^	PA; QL (12 ML por 28 días)
GILENYA, CÁPSULA ORAL, 0.5 MG	5^	PA; QL (28 por cada 28 días)
<i>glatopa, jeringa precargada con solución subcutánea, 20 mg/ml</i>	5^	PA; QL (30 ML por 30 días)
TYSABRI, CONCENTRADO PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA, 300 MG/15 ML	5^	PA; LA
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA		
<i>baclofen, tableta oral, 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hcl, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	PA
<i>dantrolene sodium, cápsula oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>tizanidine hcl, tableta oral, 2 mg, 4 mg</i>	2	
NARCOLEPSIA/CATAPLEXIA		
<i>armodafinil, tableta oral, 150 mg</i>	4	PA; QL (60 por cada 30 días)
ARMODAFINIL, TABLETA ORAL, 200 MG	4	PA; QL (30 por cada 30 días)
<i>armodafinil, tableta oral, 250 mg</i>	4	PA; QL (30 por cada 30 días)
<i>armodafinil, tableta oral, 50 mg</i>	4	PA; QL (150 por cada 30 días)
XYREM, SOLUCIÓN ORAL, 500 MG/ML	5^	PA; LA; QL (540 ML por 30 días)
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium, tableta oral de liberación retardada, 333 mg</i>	4	
<i>buprenorphine hcl, para uso sublingual, tableta sublingual, 2 mg, 8 mg</i>	3	PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl, para uso sublingual, tableta sublingual, 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	3	PA; QL (120 por cada 30 días)
<i>buproban, tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 150 mg</i>	3	
<i>bupropion hcl er (disuasivo del tabaquismo), tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 150 mg</i>	3	
CHANTIX, PAQUETE DE CONTINUIDAD MENSUAL, TABLETA ORAL, 1 MG	4	
CHANTIX, TABLETA ORAL, 0.5 MG, 1 MG	4	
CHANTIX, PAQUETE DE INICIO MENSUAL, TABLETA ORAL, 0.5 MG X 11 Y 1 MG X 42	4	
<i>disulfiram, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>naloxone hcl, solución inyectable, 0.4 mg/ml, 4 mg/10 ml</i>	3	
<i>naloxone hcl, cartucho de solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	3	
<i>naloxone hcl, jeringa precargada con solución inyectable, 2 mg/2 ml</i>	3	
<i>naltrexone hcl, tableta oral, 50 mg</i>	3	
NICOTROL NS, SOLUCIÓN NASAL, 10 MG/ML	4	
SUBOXONE, TIRA SUBLINGUAL, 12-3 MG	4	PA; QL (60 por cada 30 días)
SUBOXONE, TIRA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG	4	PA; QL (120 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
ANDRÓGENOS		
ANADROL-50, TABLETA ORAL, 50 MG	5 [^]	PA
ANDRODERM, PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS, 2 MG/24 H, 4 MG/24 H	4	PA; QL (30 por cada 30 días)
AXIRON, SOLUCIÓN TRANSDÉRMICA, 30 MG/ACT	3	PA; QL (440 ML por 30 días)
<i>oxandrolone, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg</i>	3	PA
<i>testosterone cypionate, solución intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	3	
<i>testosterone enanthate, solución intramuscular, 200 mg/ml</i>	3	
ANTIDIABÉTICOS INYECTABLES		
ASSURE ID, JERINGA DE INSULINA CON PROTECTOR DE SEGURIDAD, 29 G X 1/2" 1 ML	3	
BYDUREON, PLUMA INYECTABLE PARA USO SUBCUTÁNEO, 2 MG	3	QL (4 por cada 28 días)
BYDUREON, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 2 MG	3	QL (4 por cada 28 días)
BYETTA 10 MCG, PLUMA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, PLUMA INYECTABLE, 10 MCG/0.04 ML	4	QL (2.4 ML por 30 días)
BYETTA 5 MCG, PLUMA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, PLUMA INYECTABLE, 5 MCG/0.02 ML	4	QL (1.2 ML por 30 días)
COMFORT ASSIST, JERINGA DE INSULINA, 29 G X 1/2" 1 ML	3	
CVS, TOALLITA DE GASA ESTÉRIL, 2" X 2"	3	
EXEL COMFORT POINT, AGUJA PARA PLUMA, 29 G X 12 MM	3	
GLOBAL, TOALLITAS CON ALCOHOL AL 70 %	3	
HUMULIN R U-500, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA (CONCENTRADA), 500 UNIDADES/ML	5 [^]	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 500 UNIDADES/ML	5 [^]	
LANTUS SOLOSTAR, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
LANTUS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
LEVEMIR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLIN 70/30, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA (70-30), 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLIN N, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLIN R, SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLOG FLEXPEN, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN, PLUMA INYECTABLE CON SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, (70-30) 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLOG MIX 70/30, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA (70-30), 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLOG PENFILL, CARTUCHO DE SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
NOVOLOG, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML	3	
PREFERRED PLUS, JERINGA DE INSULINA, 28 G X 1/2" 0.5 ML	3	
RELI-ON, JERINGA DE INSULINA, 29 G 0.3 ML	3	
SYMLINPEN 120, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 2700 MCG/2.7 ML	5 [^]	PA; QL (10.8 ML por 30 días)
SYMLINPEN 60, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 1500 MCG/1.5 ML	5 [^]	PA; QL (12 ML por 30 días)
TOUJEO SOLOSTAR, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 UNIDADES/ML	3	
TRESIBA FLEXTOUCH, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 100 UNIDADES/ML, 200 UNIDADES/ML	3	
TRULICITY, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML	4	QL (4 ML por 28 días)
VICTOZA, PLUMA INYECTABLE CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 18 MG/3 ML	3	QL (9 ML por 30 días)
ANTIDIABÉTICOS ORALES		
<i>acarbose, tableta oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	
FARXIGA, TABLETA ORAL, 10 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
FARXIGA, TABLETA ORAL, 5 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
<i>glimepiride, tableta oral, 1 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>glimepiride, tableta oral, 2 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>glimepiride, tableta oral, 4 mg</i>	1	QL (60 por cada 30 días)
<i>glipizide er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60 por cada 30 días)
<i>glipizide er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
<i>glipizide er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>glipizide, tableta oral, 10 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>glipizide, tableta oral, 5 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
GLIPIZIDE XL, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 2.5 MG	1	QL (240 por cada 30 días)
GLIPIZIDE XL, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 5 MG	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl, tableta oral, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl, tableta oral, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
INVOKAMET, TABLETA ORAL, 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
INVOKAMET, TABLETA ORAL, 50-500 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
INVOKAMET XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
INVOKAMET XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 50-500 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
INVOKANA, TABLETA ORAL, 100 MG	3	QL (90 por cada 30 días)
INVOKANA, TABLETA ORAL, 300 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
JANUMET, TABLETA ORAL, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
JANUMET XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 100-1000 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
JANUMET XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 50-1000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
JANUVIA, TABLETA ORAL, 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
JENTADUETO, TABLETA ORAL, 2.5-1000 MG, 2.5- 500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
JENTADUETO XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 2.5-1000 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
JENTADUETO XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 5-1000 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>metformin hcl er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>metformin hcl er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60 por cada 30 días)
<i>metformin hcl, tableta oral, 1000 mg</i>	1	QL (75 por cada 30 días)
<i>metformin hcl, tableta oral, 500 mg</i>	1	QL (150 por cada 30 días)
<i>metformin hcl, tableta oral, 850 mg</i>	1	QL (90 por cada 30 días)
<i>nateglinide, tableta oral, 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 por cada 30 días)
<i>pioglitazone hcl, tableta oral, 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	QL (30 por cada 30 días)
<i>repaglinide, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 por cada 30 días)
<i>repaglinide, tableta oral, 2 mg</i>	1	QL (240 por cada 30 días)
TRADJENTA, TABLETA ORAL, 5 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
XIGDUO XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 10-1000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
XIGDUO XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
ANTIDIABÉTICOS, SUMINISTROS PARA PRUEBAS		
ONETOUCH ULTRA 2, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885044801); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH ULTRA BLUE, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885024450); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH ULTRA BLUE, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885024510); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH ULTRA BLUE, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885099425); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885020801); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885041901); QL (1 por cada 365 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885042001); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885042101); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885091101); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH ULTRA MINI, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885091201); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH VERIO FLEX, SISTEMA DE KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885019401); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH VERIO IQ, SISTEMA DE KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885026701); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH VERIO, KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885065701); QL (1 por cada 365 días)
ONETOUCH VERIO, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885027025); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH VERIO, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885027150); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH VERIO, TIRA IN VITRO	Parte B	NDC (53885027210); QL (100 por cada 25 días)
ONETOUCH VERIO SYNC, SISTEMA DE KIT CON DISPOSITIVO	Parte B	NDC (53885039601); QL (1 por cada 365 días)
BIFOSFONATOS		
<i>alendronate sodium, tableta oral, 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>alendronate sodium, tableta oral, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 por cada 28 días)
<i>ibandronate sodium, tableta oral, 150 mg</i>	2	B/D; QL (1 por cada 30 días)
<i>pamidronate disodium, solución intravenosa, 30 mg/10 ml, 6 mg/ml, 90 mg/10 ml</i>	3	B/D
<i>pamidronate disodium, solución intravenosa reconstituida, 30 mg, 90 mg</i>	3	B/D
<i>zoledronic acid, concentrado para administración intravenosa, 4 mg/5 ml</i>	4	B/D
<i>zoledronic acid, solución intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	4	B/D
<i>zoledronic acid, solución intravenosa reconstituida, 4 mg</i>	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL CALCIO		
SENSIPAR, TABLETA ORAL, 30 MG	3	QL (120 por cada 30 días)
SENSIPAR, TABLETA ORAL, 60 MG	5^	QL (60 por cada 30 días)
SENSIPAR, TABLETA ORAL, 90 MG	5^	QL (120 por cada 30 días)
AGENTES QUELANTES		
CHEMET, CÁPSULA ORAL, 100 MG	4	
DEPEN TITRATABS, TABLETA ORAL, 250 MG	5^	
EXJADE, TABLETA ORAL SOLUBLE, 125 MG, 250 MG, 500 MG	5^	PA; LA
FERRIPROX, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML	5^	PA; LA
FERRIPROX, TABLETA ORAL, 500 MG	5^	PA; LA
<i>kionex, polvo para uso oral</i>	4	
<i>kionex, suspensión oral, 15 g/60 ml</i>	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate, polvo para uso oral</i>	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate, suspensión oral, 15 g/60 ml</i>	3	
<i>sps, suspensión oral, 15 g/60 ml</i>	3	
SYPRINE, CÁPSULA ORAL, 250 MG	5^	
ANTICONCEPTIVOS		
<i>alyacen 1/35, tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30, tableta oral, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20, tableta oral, 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>camila, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
<i>caziant, tableta oral, 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	3	
<i>cryselle-28, tableta oral, 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 1/35, tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>deblitane, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
ELLA, TABLETA ORAL, 30 MG	4	
<i>enpresse-28, tableta oral</i>	2	
<i>errin, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
<i>estarylla, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol, tableta oral, 1-50 mg-mcg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>femynor, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>heather, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
JOLIVETTE, TABLETA ORAL, 0.35 MG	2	
<i>junel fe 1.5/30, tableta oral, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1/20, tableta oral, 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>kelnor 1/35, tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30, tableta oral, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin fe 1/20, tableta oral, 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest, tableta oral</i>	2	
<i>levonorgestrel, tableta oral, 1.5 mg</i>	3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic, tableta oral</i>	2	
<i>low-ogestrel, tableta oral, 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>lyza, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate, suspensión intramuscular, 150 mg/ml</i>	2	
MEDROXYPROGESTERONE ACETATE, JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 150 MG/ML	2	
MICROGESTIN FE 1.5/30, TABLETA ORAL, 1.5-30 MG-MCG	2	
MICROGESTIN FE 1/20, TABLETA ORAL, 1-20 MG-MCG	2	
<i>mono-lynah, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
MONONESSA, TABLETA ORAL, 0.25-35 MG-MCG	2	
<i>myzilra, tableta oral</i>	2	
<i>necon 1/35 (28), tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
NORA-BE, TABLETA ORAL, 0.35 MG	2	
<i>norethindrone, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestim-eth estrad triphasic, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>norgestim-eth estrad triphasic, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norlyroc, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>nortrel 1/35 (21), tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28), tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
NUVARING, ANILLO VAGINAL, 0.12-0.015 MG/24 H	4	
<i>pirmella 1/35, tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>previfem, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sharobel, tableta oral, 0.35 mg</i>	2	
<i>sprintec 28, tableta oral, 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>tarina fe 1/20, tableta oral, 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>tri-linyah, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-lo-marzia, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	3	
TRINESSA (28), TABLETA ORAL, 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	2	
TRINESSA LO, TABLETA ORAL, 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	3	
<i>tri-previfem, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>tri-sprintec, tableta oral, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>trivora (28), tableta oral</i>	2	
<i>velivet, tableta oral, 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg</i>	3	
<i>xulane, parche transdérmico semanal, 150-35 mcg/24 h</i>	4	
<i>zovia 1/35e (28), tableta oral, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>zovia 1/50e (28), tableta oral, 1-50 mg-mcg</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol, cápsula oral, 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	4	
SYNAREL, SOLUCIÓN NASAL, 2 MG/ML	5^	
REEMPLAZOS DE ENZIMAS		
ADAGEN, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR, 250 UNIDADES/ML	5^	PA; LA
ALDURAZYME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 2.9 MG/5 ML	5^	PA; LA
CARBAGLU, TABLETA ORAL, 200 MG	5^	PA; LA
CERDELGA, CÁPSULA ORAL, 84 MG	5^	PA
CEREZYME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 400 UNIDADES	5^	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
CYSTADANE, POLVO PARA USO ORAL	5^	LA
CYSTAGON, CÁPSULA ORAL, 150 MG, 50 MG	4	PA; LA
FABRAZYME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 35 MG, 5 MG	5^	PA; LA
KUVAN, PAQUETE PARA USO ORAL, 100 MG, 500 MG	5^	PA; LA
KUVAN, TABLETA ORAL SOLUBLE, 100 MG	5^	PA; LA
<i>levocarnitine, solución intravenosa, 200 mg/ml</i>	3	B/D
<i>levocarnitine, solución oral, 1 g/10 ml</i>	4	B/D
<i>levocarnitine, tableta oral, 330 mg</i>	4	B/D
LUMIZYME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 50 MG	5^	PA; LA
NAGLAZYME, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML	5^	PA; LA
ORFADIN, CÁPSULA PARA USO ORAL, 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG	5^	PA; LA
ORFADIN, SUSPENSIÓN ORAL, 4 MG/ML	5^	PA; LA
RAVICTI, LÍQUIDO PARA USO ORAL, 1.1 G/ML	5^	PA
ZAVESCA, CÁPSULA ORAL, 100 MG	5^	PA; LA
ESTRÓGENOS		
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	4	
<i>estrace, crema vaginal, 0.1 mg/g</i>	4	
<i>estradiol, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	PA
<i>estradiol, parche transdérmico semanal, 0.025 mg/24 h, 0.0375 mg/24 h, 0.05 mg/24 h, 0.06 mg/24 h, 0.075 mg/24 h, 0.1 mg/24 h</i>	4	PA
<i>estradiol valerate, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	
<i>fyavolv, tableta oral, 1-5 mg-mcg</i>	4	PA
<i>jinteli, tableta oral, 1-5 mg-mcg</i>	4	PA
<i>norethindrone-eth estradiol, tableta oral, 1-5 mg-mcg</i>	4	PA
GLUCOCORTICOIDES		
<i>cortisone acetate, tableta oral, 25 mg</i>	4	
<i>dexamethasone intensol, concentrado para administración oral, 1 mg/ml</i>	3	
<i>dexamethasone, elixir oral, 0.5 mg/5 ml</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>dexamethasone, solución oral, 0.5 mg/5 ml</i>	3	
<i>dexamethasone, tableta oral, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sod phosphate pf, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate, solución inyectable, 10 mg/ml, 100 mg/10 ml, 120 mg/30 ml, 20 mg/5 ml, 4 mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone acetate, tableta oral, 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone, tableta oral, 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	3	
<i>methylprednisolone acetate, suspensión inyectable, 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone, tableta oral, 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>methylprednisolone, tableta oral, paquete terapéutico, 4 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ, solución inyectable reconstituida, 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	3	
<i>prednisolone, solución oral, 15 mg/5 ml</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución oral, 15 mg/5 ml</i>	3	
<i>prednisone intensol, concentrado para administración oral, 5 mg/ml</i>	3	
<i>prednisone, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	3	
<i>prednisone, tableta oral, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>prednisone, tableta oral, paquete terapéutico, 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	2	
SOLU-CORTEF, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 250 MG	4	
AGENTES ELEVADORES DE GLUCOSA		
GLUCAGEN HYPOKIT, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 1 MG	3	
GLUCAGON, KIT DE INYECCIÓN DE EMERGENCIA, 1 MG	3	
PROGLYCEM, SUSPENSIÓN ORAL, 50 MG/ML	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
HORMONAS DE CRECIMIENTO HUMANO		
NORDITROPIN FLEXPOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 10 MG/1.5 ML, 15 MG/1.5 ML, 30 MG/3 ML, 5 MG/1.5 ML	5 [^]	PA
VARIOS		
<i>cabergoline, tableta oral, 0.5 mg</i>	4	
<i>calcitonin (salmón), solución nasal, 200 unidades/act</i>	3	B/D
FORTICAL, SOLUCIÓN NASAL, 200 UNIDADES/ACT	3	B/D
INCRELEX, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/4 ML	5 [^]	PA; LA
KORLYM, TABLETA ORAL, 300 MG	5 [^]	PA; LA
MIACALCIN, SOLUCIÓN INYECTABLE, 200 UNIDADES/ML	5 [^]	B/D
<i>octreotide acetate, solución inyectable, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>octreotide acetate, solución inyectable, 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5 [^]	PA
PROLIA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 60 MG/ML	4	QL (1 ML por 180 días)
<i>raloxifene hcl, tableta oral, 60 mg</i>	3	
SIGNIFOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5 [^]	PA; LA
SOMATULINE DEPOT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5 [^]	PA
SOMAVERT, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5 [^]	PA; LA
XGEVA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 120 MG/1.7 ML	5 [^]	PA
HORMONAS PARATIROIDEAS		
FORTEO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 600 MCG/2.4 ML	5 [^]	PA; QL (2.4 ML por 28 días)
NATPARA, CARTUCHO PARA USO SUBCUTÁNEO, 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5 [^]	PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA, TABLETA ORAL, 1 G, 210 MG (FE)	5 [^]	
<i>calcium acetate (aglutinante de fosfato), cápsula oral, 667 mg</i>	3	
<i>calcium acetate (aglutinante de fosfato), tableta oral, 667 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
RENVELA, PAQUETE PARA USO ORAL, 0.8 G, 2.4 G	3	
RENVELA, TABLETA ORAL, 800 MG	3	
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate, tableta oral, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>norethindrone acetate, tableta oral, 5 mg</i>	3	
AGENTES TIROIDEOS		
<i>levothyroxine sodium, tableta oral, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
LEVOXYL, TABLETA ORAL, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<i>liothyronine sodium, tableta oral, 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	3	
<i>methimazole, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propylthiouracil, tableta oral, 50 mg</i>	3	
SYNTHROID, TABLETA ORAL, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	4	
UNITHROID, TABLETA ORAL, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
VASOPRESINAS		
DESMOPRESSIN ACE, TUBO PARA LA NARIZ CON SOLUCIÓN NASAL 0.01 %	4	
<i>desmopressin ace, aerosol refrigerado de solución nasal 0.01 %</i>	4	
<i>desmopressin acetate, solución inyectable, 4 mcg/ml</i>	4	
<i>desmopressin acetate, tableta oral, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	3	
<i>desmopressin acetate, aerosol de solución nasal 0.01 %</i>	4	
STIMATE, SOLUCIÓN NASAL, 1.5 MG/ML	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant, cápsula oral, 125 mg, 40 mg, 80 y 125 mg, 80 mg</i>	4	B/D
<i>compro, supositorio rectal, 25 mg</i>	4	
<i>dronabinol, cápsula oral, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	B/D; QL (60 por cada 30 días)
EMEND, CÁPSULA ORAL, 125 MG, 40 MG, 80 Y 125 MG, 80 MG	4	B/D
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 125 MG	4	B/D
<i>granisetron hcl, solución intravenosa, 0.1 mg/ml, 1 mg/ml, 4 mg/4 ml</i>	3	
<i>granisetron hcl, tableta oral, 1 mg</i>	4	B/D
<i>meclizine hcl, tableta oral, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl, solución inyectable, 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl, solución inyectable, 4 mg/2 ml, 4 mg/2 ml (jeringa de 2 ml), 40 mg/20 ml</i>	3	
<i>ondansetron hcl, solución oral, 4 mg/5 ml</i>	3	
<i>ondansetron hcl, tableta oral, 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	
<i>ondansetron, tableta oral dispersable, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>phenadoz, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA
<i>phenergan, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>prochlorperazine edisylate, solución inyectable, 5 mg/ml</i>	3	
<i>prochlorperazine maleate, tableta oral, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine, supositorio rectal, 25 mg</i>	4	
<i>promethazine hcl, solución inyectable, 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	PA
<i>promethazine hcl, jarabe oral, 6.25 mg/5 ml</i>	4	PA
<i>promethazine hcl, tableta oral, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>promethazine hcl, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>promethegan, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG), PARCHE TRANSDÉRMICO 72 HORAS, 1 MG/3 DÍAS	4	PA; QL (10 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl, cápsula oral, 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>dicyclomine hcl, tableta oral, 20 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate, solución inyectable, 4 mg/20 ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate, tableta oral, 1 mg, 2 mg</i>	3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2		
<i>famotidine, solución intravenosa, 20 mg/2 ml, 200 mg/20 ml, 40 mg/4 ml</i>	2	
<i>famotidine, tableta oral, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>famotidine, solución intravenosa premezclada, 20-0.9 mg/50 ml-%</i>	2	
<i>ranitidine hcl, solución inyectable, 150 mg/6 ml</i>	3	
<i>ranitidine hcl, solución inyectable, 50 mg/2 ml</i>	2	
<i>ranitidine hcl, jarabe oral, 15 mg/ml</i>	3	
<i>ranitidine hcl, tableta oral, 150 mg, 300 mg</i>	1	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
APRISO, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 0.375 G	3	
ASACOL HD, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA, 800 MG	4	
<i>balsalazide disodium, cápsula oral, 750 mg</i>	4	
<i>budesonide, cápsula oral con partículas de liberación retardada, 3 mg</i>	5 [^]	
CANASA, SUPOSITORIO RECTAL, 1000 MG	5 [^]	
<i>colocort, enema rectal, 100 mg/60 ml</i>	4	
DELZICOL, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA, 400 MG	4	
DIPENTUM, CÁPSULA ORAL, 250 MG	5 [^]	
HYDROCORTISONE, ENEMA RECTAL, 100 MG/60 ML	4	
MESALAMINE, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA, 800 MG	4	
<i>mesalamine, enema rectal, 4 g</i>	4	
<i>mesalamine, kit de limpieza rectal, 4 g</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>sulfasalazine, tableta oral, 500 mg</i>	3	
<i>sulfasalazine, tableta oral de liberación retardada, 500 mg</i>	3	
LAXANTES		
<i>constulose, solución oral, 10 g/15 ml</i>	2	
<i>enulose, solución oral, 10 g/15 ml</i>	2	
<i>gavilyte-c, solución oral reconstituida, 240 g</i>	2	
<i>gavilyte-g, solución oral reconstituida, 236 g</i>	2	
<i>gavilyte-h, kit para uso oral, 5-210 mg-g</i>	3	
<i>gavilyte-n, con paquete saborizado, solución oral reconstituida, 420 g</i>	2	
<i>generlac, solución oral, 10 g/15 ml</i>	2	
GOLYTELY, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 227.1 G, 236 G	3	
<i>lactulose, solución oral para la encefalopatía, 10 g/15 ml</i>	2	
<i>lactulose, solución oral, 10 g/15 ml</i>	2	
MOVIPREP, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 100 G	4	
NULYTELY, CON PAQUETES SABORIZADOS, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 420 G	3	
PEG 3350/ELECTROLYTES, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 240 G	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl, solución oral reconstituida, 420 g</i>	2	
PEG-3350/ELECTROLYTES, SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA, 236 G	2	
<i>polyethylene glycol 3350, paquete para uso oral</i>	2	
<i>polyethylene glycol 3350, polvo para uso oral</i>	2	
SUPREP, SOLUCIÓN ORAL PARA PREPARACIÓN INTESTINAL	4	
<i>trilyte, solución oral reconstituida, 420 g</i>	2	
VARIOS		
<i>alose tron hcl, tableta oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	5 [^]	PA
AMITIZA, CÁPSULA ORAL, 24 MCG, 8 MCG	3	QL (60 por cada 30 días)
CARAFATE, SUSPENSIÓN ORAL, 1 G/10 ML	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>cromolyn sodium, concentrado para administración oral, 100 mg/5 ml</i>	5^	
<i>diphenoxylate-atropine, líquido para uso oral, 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	3	
<i>diphenoxylate-atropine, tableta oral, 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX, KIT PARA USO SUBCUTÁNEO, 5 MG	5^	PA; LA
LINZESS, CÁPSULA ORAL, 145 MCG	3	QL (60 por cada 30 días)
LINZESS, CÁPSULA ORAL, 290 MCG	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>loperamide hcl, cápsula oral, 2 mg</i>	2	
<i>misoprostol, tableta oral, 100 mcg, 200 mcg</i>	3	
MOVANTIK, TABLETA ORAL, 12.5 MG	3	QL (60 por cada 30 días)
MOVANTIK, TABLETA ORAL, 25 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 12 MG/0.6 ML, 12 MG/0.6 ML (JERINGA DE 0.6 ML), 8 MG/0.4 ML	5^	PA
<i>sucralfate, tableta oral, 1 g</i>	3	
<i>ursodiol, cápsula oral, 300 mg</i>	4	
<i>ursodiol, tableta oral, 250 mg, 500 mg</i>	4	
XIFAXAN, TABLETA ORAL, 550 MG	5^	PA
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON, CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 12000 UNIDADES, 24000 UNIDADES, 3000-9500 UNIDADES, 36000 UNIDADES, 6000 UNIDADES	3	
ZENPEP, CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA, 10000 UNIDADES, 15000 UNIDADES, 20000 UNIDADES, 25000 UNIDADES, 3000-10000 UNIDADES, 40000 UNIDADES, 5000 UNIDADES	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA, 30 MG, 60 MG	3	
<i>esomeprazole magnesium, cápsula oral de liberación retardada, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>esomeprazole sodium, solución intravenosa reconstituida, 20 mg, 40 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
NEXIUM, PAQUETE PARA USO ORAL, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	3	
<i>omeprazole, cápsula oral de liberación retardada, 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium, tableta oral de liberación retardada, 20 mg, 40 mg</i>	2	
AGENTES GENITOURINARIOS		
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
VIAGRA, TABLETA ORAL, 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	ED (4 por cada 30 días)
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 10 mg</i>	2	QL (30 por cada 30 días)
<i>dutasteride, cápsula oral, 0.5 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl, cápsula oral, 0.5-0.4 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>finasteride, tableta oral, 5 mg</i>	2	
<i>tamsulosin hcl, cápsula oral, 0.4 mg</i>	3	
VARIOS		
<i>bethanechol chloride, tableta oral, 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	3	
ELMIRON, CÁPSULA ORAL, 100 MG	4	
POTASSIUM CITRATE ER, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 10 MEQ (1080 MG), 5 MEQ (540 MG)	4	
<i>potassium citrate er, tableta oral de liberación prolongada, 15 meq (1620 mg)</i>	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
MYRBETRIQ, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 25 MG	4	QL (60 por cada 30 días)
MYRBETRIQ, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 50 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 10 mg, 15 mg</i>	3	QL (60 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>oxybutynin chloride er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 5 mg</i>	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride, jarabe oral, 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride, tableta oral, 5 mg</i>	3	
<i>tolterodine tartrate er, cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 2 mg, 4 mg</i>	4	QL (30 por cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate, tableta oral, 1 mg, 2 mg</i>	4	
TOVIAZ, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 4 MG, 8 MG	3	QL (30 por cada 30 días)
VESICARE, TABLETA ORAL, 10 MG, 5 MG	4	QL (30 por cada 30 días)
ANTINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate, crema vaginal 2 %</i>	4	
<i>metronidazole, gel vaginal 0.75 %</i>	4	
<i>terconazole, crema vaginal 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>terconazole, supositorio vaginal, 80 mg</i>	4	
VANDAZOLE, GEL VAGINAL 0.75 %	4	
ZAZOLE, CREMA VAGINAL 0.8 %	3	
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
COUMADIN, TABLETA ORAL, 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	4	
ELIQUIS, TABLETA ORAL, 2.5 MG, 5 MG	4	PA
<i>enoxaparin sodium, solución inyectable, 300 mg/3 ml</i>	4	
<i>enoxaparin sodium, solución subcutánea, 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	4	
<i>fondaparinux sodium, solución subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5 [^]	
<i>fondaparinux sodium, solución subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	
HEPARIN (PORCINE) EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 40-5 UNIDADES/ML-%, 50-5 UNIDADES/ML-%	3	
HEPARIN (PORCINE) EN NACL, SOLUCIÓN INYECTABLE, 100-0.45 UNIDADES/ML-%, 50-0.45 UNIDADES/ML-%	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
HEPARIN SOD (PORCINE) EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 UNIDADES/ML	3	
<i>heparin sodium (porcine), solución inyectable, 1000 unidades/ml, 10000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/ml</i>	3	B/D
<i>jantoven, tableta oral, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
PRADAXA, CÁPSULA ORAL, 110 MG, 150 MG, 75 MG	3	
<i>warfarin sodium, tableta oral, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO, TABLETA ORAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG	3	
XARELTO, PAQUETE DE INICIO, TABLETA ORAL EN PAQUETE TERAPÉUTICO, 15 Y 20 MG	3	
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
GRANIX, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5 [^]	PA
LEUKINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 250 MCG	5 [^]	PA
MOZOBIL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 24 MG/1.2 ML	5 [^]	PA
NEUPOGEN, SOLUCIÓN INYECTABLE, 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5 [^]	PA
NEUPOGEN, JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN INYECTABLE, 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5 [^]	PA
PROCRT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10000 UNIDADES/ML, 2000 UNIDADES/ML, 3000 UNIDADES/ML, 4000 UNIDADES/ML	3	PA
PROCRT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	5 [^]	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hcl, cápsula oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	
<i>cilostazol, tableta oral, 100 mg, 50 mg</i>	2	
CINRYZE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 500 UNIDADES	5 [^]	PA; LA
FIRAZYR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 30 MG/3 ML	5 [^]	PA
<i>pentoxifylline er, tableta oral de liberación prolongada, 400 mg</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
PROMACTA, TABLETA ORAL, 12.5 MG	5^	PA; LA; QL (360 por cada 30 días)
PROMACTA, TABLETA ORAL, 25 MG	5^	PA; LA; QL (180 por cada 30 días)
PROMACTA, TABLETA ORAL, 50 MG	5^	PA; LA; QL (90 por cada 30 días)
PROMACTA, TABLETA ORAL, 75 MG	5^	PA; LA; QL (60 por cada 30 días)
<i>tranexamic acid, solución intravenosa, 1000 mg/10 ml</i>	3	
<i>tranexamic acid, tableta oral, 650 mg</i>	4	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER, CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, 25-200 MG	4	
BRILINTA, TABLETA ORAL, 60 MG, 90 MG	3	
<i>clopidogrel bisulfate, tableta oral, 75 mg</i>	1	
EFFIENT, TABLETA ORAL, 10 MG, 5 MG	4	
ZONTIVITY, TABLETA ORAL, 2.08 MG	4	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
HUMIRA, TERAPIA PEDRIÁTICA INICIAL PARA ENFERMEDAD DE CROHN PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE JERINGA PRECARGADA, 40 MG/0.8 ML, 40 MG/0.8 ML (PAQUETE DE 6)	5^	PA
HUMIRA, PLUMA PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE PLUMA INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (6 por cada 28 días)
HUMIRA, PLUMA DE TERAPIA INICIAL PARA ENFERMEDAD DE CROHN PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE PLUMA INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	5^	PA
HUMIRA, PLUMA DE TERAPIA INICIAL PARA PSORIASIS PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE PLUMA INYECTABLE, 40 MG/0.8 ML	5^	PA
HUMIRA, PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE JERINGA PRECARGADA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (2 por cada 28 días)
HUMIRA, PARA USO SUBCUTÁNEO, KIT DE JERINGA PRECARGADA, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (6 por cada 28 días)
<i>hydroxychloroquine sulfate, tableta oral, 200 mg</i>	4	
<i>leflunomide, tableta oral, 10 mg, 20 mg</i>	3	
<i>methotrexate, tableta oral, 2.5 mg</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
REMICADE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 100 MG	5 [^]	PA
XELJANZ, TABLETA ORAL, 5 MG	5 [^]	PA; QL (60 por cada 30 días)
XELJANZ XR, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, 11 MG	5 [^]	PA; QL (30 por cada 30 días)
<i>INMUNOGLOBULINAS</i>		
BIVIGAM, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 G/100 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
CARIMUNE NF, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 12 G, 6 G	5 [^]	PA
FLEBOGAMMA DIF, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.5 G/10 ML, 10 G/100 ML, 10 G/200 ML, 2.5 G/50 ML, 20 G/200 ML, 20 G/400 ML, 5 G/100 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
GAMASTAN S/D, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, (10 ML), (2 ML)	3	B/D
GAMMAGARD, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 G/10 ML, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 30 G/300 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 10 G, 5 G	5 [^]	PA
GAMMAKED, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 G/10 ML, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
GAMMAPLEX, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 G/200 ML, 5 G/100 ML	5 [^]	PA
GAMUNEX-C, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 G/10 ML, 10 G/100 ML, 2.5 G/25 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
OCTAGAM, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 G/20 ML, 10 G/200 ML, 2 G/20 ML, 2.5 G/50 ML, 25 G/500 ML, 5 G/100 ML	5 [^]	PA
PRIVIGEN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 G/100 ML, 20 G/200 ML, 40 G/400 ML, 5 G/50 ML	5 [^]	PA
<i>INMUNOMODULADORES</i>		
ACTIMMUNE, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA, 2000000 UNIDADES/0.5 ML	5 [^]	PA; LA
ARCALYST, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 220 MG	5 [^]	PA
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10000000 UNIDADES/ML, 6000000 UNIDADES/ML	5 [^]	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 10000000 UNIDADES, 18000000 UNIDADES, 50000000 UNIDADES	5 [^]	B/D
POMALYST, CÁPSULA ORAL, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5 [^]	PA; LA
REVLIMID, CÁPSULA ORAL, 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5 [^]	PA; LA
THALOMID, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5 [^]	PA
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine, tableta oral, 50 mg</i>	3	B/D
<i>azathioprine sodium, solución inyectable reconstituida, 100 mg</i>	4	B/D
BENLYSTA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 120 MG, 400 MG	5 [^]	PA
<i>cyclosporine modified, cápsula oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	B/D
<i>cyclosporine modified, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	B/D
<i>cyclosporine, cápsula oral, 100 mg, 25 mg</i>	4	B/D
<i>engraf, cápsula oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	B/D
<i>engraf, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil, cápsula oral, 250 mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil, suspensión oral reconstituida, 200 mg/ml</i>	5 [^]	B/D
<i>mycophenolate mofetil, tableta oral, 500 mg</i>	4	B/D
<i>mycophenolate sodium, tableta oral de liberación retardada, 180 mg, 360 mg</i>	4	B/D
NEORAL, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 25 MG	3	B/D
NEORAL, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML	3	B/D
NULOJIX, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 250 MG	5 [^]	B/D
PROGRAF, CÁPSULA ORAL, 0.5 MG, 1 MG	4	B/D
PROGRAF, CÁPSULA ORAL, 5 MG	5 [^]	B/D
RAPAMUNE, SOLUCIÓN ORAL, 1 MG/ML	5 [^]	B/D
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML	3	B/D
<i>sirolimus, tableta oral, 0.5 mg</i>	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
SIROLIMUS, TABLETA ORAL, 1 MG	4	B/D
<i>sirolimus, tableta oral, 2 mg</i>	5^	B/D
<i>tacrolimus, cápsula oral, 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	4	B/D
ZORTRESS, TABLETA ORAL, 0.25 MG	3	B/D
ZORTRESS, TABLETA ORAL, 0.5 MG, 0.75 MG	5^	B/D
VACUNAS		
ACTHIB, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA	3	NM
ADACEL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	NM
BCG, VACUNA, INYECCIÓN	3	NM
BEXSERO, JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
BOOSTRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 5-2.5-18.5, 5-2.5-18.5 (JERINGA DE 0.5 ML)	3	NM
DAPTACEL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 10-15-5	3	NM
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25-5 LFU/0.5 ML	3	B/D; NM
ENGERIX-B, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 10 MCG/0.5 ML, 10 MCG/0.5 ML (JERINGA DE 0.5 ML), 20 MCG/ML	3	B/D; NM
GARDASIL 9, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
GARDASIL 9, JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
GARDASIL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, (JERINGA DE 0.5 ML)	3	NM
HAVRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5 ML	3	NM
HIBERIX, SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA, 10 MCG	3	NM
IMOVAX, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR CONTRA LA RABIA, 2.5 UNIDADES/ML	3	NM
INFANRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25-58-10	3	NM
IPOL, INYECCIÓN	3	NM
IXIARO, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
KINRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
MENACTRA, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
MENHIBRIX, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA, 5-5-2.5 MCG	3	NM
MENOMUNE, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	3	NM
MENVEO, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA	3	NM
M-M-R II, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	3	NM
PEDIARIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
PEDVAX HIB, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 7.5 MCG/0.5 ML	3	NM
PENTACEL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA	3	NM
PROQUAD, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	3	NM
QUADRACEL, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
RABAVERT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR RECONSTITUIDA	3	NM
RECOMBIVAX HB, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (JERINGA DE 1 ML), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	B/D; NM
ROTARIX, SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA	3	NM
ROTATEQ, SOLUCIÓN ORAL	3	NM
SYNAGIS, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5 [^]	NM
TENIVAC, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, 5-2 LFU	3	B/D; NM
TETANUS-DIPHTEHERIA TOXOIDS TD, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 2-2 LF/0.5 ML	3	B/D; NM
TRUMENBA, JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR	3	NM
TWINRIX, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 720-20	3	NM
TYPHIM VI, SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR, 25 MCG/0.5 ML, 25 MCG/0.5 ML (JERINGA DE 0.5 ML)	3	NM
VAQTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML, 50 UNIDADES/ML	3	NM
VARIVAX, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1350 PFU/0.5 ML	3	NM
YF-VAX, INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	3	NM
ZOSTAVAX, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 19400 UNIDADES/0.65 ML	3	NM; QL (1 por cada 999 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
NUTRICIONALES/SUPLEMENTOS		
ELECTROLITOS		
KLOR-CON 10, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 10 MEQ	2	
<i>klor-con m10, tableta oral de liberación prolongada, 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15, tableta oral de liberación prolongada, 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20, tableta oral de liberación prolongada, 20 meq</i>	2	
<i>klor-con, paquete para uso oral, 20 meq</i>	4	
KLOR-CON, TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 8 MEQ	2	
<i>klor-con, cápsula oral espolvoreable de liberación prolongada, 10 meq, 8 meq</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10-5 MG/ML-%, 20-5 MG/ML-%	3	
MAGNESIUM SULFATE, SOLUCIÓN INYECTABLE 50 %	2	
<i>magnesium sulfate, solución inyectable 50 % (jeringa de 10 ml)</i>	2	
MAGNESIUM SULFATE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 2 G/50 ML, 20 G/500 ML, 4 G/100 ML, 4 G/50 ML, 40 G/1000 ML	3	
<i>potassium chloride crys er, tableta oral de liberación prolongada, 10 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride er, cápsula oral de liberación prolongada, 10 meq, 8 meq</i>	3	
<i>potassium chloride er, tableta oral de liberación prolongada, 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	
POTASSIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN ORAL, 20 MEQ/15 ML (10 %), 40 MEQ/15 ML (20 %)	4	
SODIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 2.5 MEQ/ML	2	
<i>sodium fluoride, tableta oral, 2.2 (1 f) mg</i>	2	
TPN ELECTROLYTES, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	B/D
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %, 7 %, 8.5 %	4	B/D
AMINOSYN II/ELECTROLYTES, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 8.5 %	4	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
AMINOSYN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %, 8.5 %	4	B/D
AMINOSYN M, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 3.5 %	4	B/D
AMINOSYN/ELECTROLYTES, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 7 %, 8.5 %	4	B/D
AMINOSYN-HBC, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 7 %	4	B/D
AMINOSYN-PF, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %, 7 %	4	B/D
AMINOSYN-RF, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5.2 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 2.75 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5 %	4	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25), SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5 %	4	B/D
FREAMINE HBC, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 6.9 %	4	B/D
FREAMINE III, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %	4	B/D
HEPATAMINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 8 %	4	B/D
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA 20 %, 30 %	4	B/D
NEPHRAMINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5.4 %	4	B/D
NUTRILIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA 20 %	4	B/D
<i>premasol, solución intravenosa 10 %</i>	4	B/D
<i>premasol, solución intravenosa 6 %</i>	2	B/D
PROCALAMINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 3 %	4	B/D
PROSOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 20 %	4	B/D
TRAVASOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %	4	B/D
TROPHAMINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %	4	B/D
SOLUCIONES INTRAVENOSAS DE REEMPLAZO		
DEXTROSE 5 %/ELECTROLYTE #48, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	3	
DEXTROSE EN LACTATED RINGERS, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 5 %	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
DEXTROSE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 %, 5 %, 50 %, 70 %	2	
DEXTROSE-NACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10-0.2 %	3	
DEXTROSE-NACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	2	
ISOLYTE-P EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
ISOLYTE-S, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
KCL EN DEXTROSE-NACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10-5-0.45 MEQ/L-%-%, 20-5-0.2 MEQ/L-%-%, 20-5-0.33 MEQ/L-%-%, 20-5-0.45 MEQ/L-%-%, 20-5-0.9 MEQ/L-%-%, 30-5-0.45 MEQ/L-%-%, 40-5-0.45 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	2	
KCL EN DEXTROSE-NACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 20-5-0.225 MEQ/L-%-%	3	
LACTATED RINGERS, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	2	
NORMOSOL-M EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
NORMOSOL-R EN D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
NORMOSOL-R PH 7.4, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
PLASMA-LYTE 148, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
PLASMA-LYTE A, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN DEXTROSE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 20-5 MEQ/L-%, 40-5 MEQ/L-%	2	
<i>potassium chloride en nacl, solución intravenosa, 20-0.45 meq/l-%</i>	2	
POTASSIUM CHLORIDE EN NACL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 20-0.9 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	2	
POTASSIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML	2	
<i>potassium chloride, solución intravenosa, 2 meq/ml</i>	2	
RINGERS, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	2	
SODIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
VITAMINAS		
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	B/D
<i>calcitriol, cápsula oral, 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	3	B/D
<i>calcitriol, solución oral, 1 mcg/ml</i>	4	B/D
<i>paricalcitol, cápsula oral, 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	4	B/D
<i>prenatal, tableta oral, 27-1 mg</i>	2	
OFTÁLMICO		
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl, solución oftálmica 0.05 %</i>	3	
BEPREVE, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1.5 %	3	
<i>cromolyn sodium, solución oftálmica 4 %</i>	1	
LASTACAFT, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25 %	4	
PATADAY, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.2 %	3	
PAZEO, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7 %	3	
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.1 %	3	
AZOPT, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 1 %	3	
<i>betaxolol hcl, solución oftálmica 0.5 %</i>	4	
BETOPTIC-S, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.25 %	3	
BRIMONIDINE TARTRATE, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.15 %	4	
<i>brimonidine tartrate, solución oftálmica 0.2 %</i>	2	
<i>carteolol hcl, solución oftálmica 1 %</i>	2	
COMBIGAN, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide hcl, solución oftálmica 2 %</i>	3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal, solución oftálmica, 22.3-6.8 mg/ml</i>	3	
ISTALOL, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5 %	3	
<i>latanoprost, solución oftálmica 0.005 %</i>	2	
<i>levobunolol hcl, solución oftálmica 0.5 %</i>	2	
LUMIGAN, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.01 %	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>metipranolol, solución oftálmica 0.3 %</i>	3	
PHOSPHOLINE IODIDE, SOLUCIÓN OFTÁLMICA RECONSTITUIDA 0.125 %	4	
PILOCARPINE HCL, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1 %, 2 %, 4 %	4	
SIMBRINZA, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 1-0.2 %	3	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN DE FORMACIÓN DE GEL OFTÁLMICO 0.25 %, 0.5 %	4	
<i>timolol maleate, solución oftálmica 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
TRAVATAN Z, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.004 %	3	
ANTINFECCIOSOS/ANTINFLAMATORIOS		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc, ungüento oftálmico 1 %</i>	3	
<i>blephamide s.o.p., ungüento oftálmico 10-0.2 %</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, ungüento oftálmico, 3.5-10000-0.1</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth, suspensión oftálmica, 3.5-10000-0.1</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone, solución oftálmica 10-0.23 %</i>	2	
TOBRADEX, UNGÜENTO OFTÁLMICO 0.3-0.1 %	3	
TOBRADEX ST, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.3-0.05 %	3	
<i>tobramycin-dexamethasone, suspensión oftálmica 0.3-0.1 %</i>	4	
ZYLET, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.5-0.3 %	3	
ANTINFECCIOSOS		
<i>bacitracin, ungüento oftálmico, 500 unidades/g</i>	4	
<i>bacitracin-polymyxin b, ungüento oftálmico, 500-10000 unidades/g</i>	2	
BESIVANCE, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.6 %	3	
CILOXAN, UNGÜENTO OFTÁLMICO 0.3 %	3	
<i>ciprofloxacin hcl, solución oftálmica 0.3 %</i>	2	
<i>erythromycin, ungüento oftálmico, 5 mg/g</i>	2	
<i>gatifloxacin, solución oftálmica 0.5 %</i>	2	
<i>gentak, ungüento oftálmico 0.3 %</i>	2	
<i>gentamicin sulfate, ungüento oftálmico 0.3 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>gentamicin sulfate, solución oftálmica 0.3 %</i>	2	
<i>ilotycin, ungüento oftálmico, 5 mg/g</i>	2	
MOXEZA, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5 %	3	
NATACYN, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx, ungüento oftálmico, 5-400-10000</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin, solución oftálmica, 1.75-10000-.025</i>	3	
<i>ofloxacin, solución oftálmica 0.3 %</i>	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim, solución oftálmica, 10000-0.1 unidades/ml-%</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium, ungüento oftálmico 10 %</i>	3	
<i>sulfacetamide sodium, solución oftálmica 10 %</i>	3	
<i>tobramycin, solución oftálmica 0.3 %</i>	2	
<i>trifluridine, solución oftálmica 1 %</i>	4	
VIGAMOX, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5 %	3	
ZIRGAN, GEL OFTÁLMICO 0.15 %	4	
ANTINFLAMATORIOS		
ALREX, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.2 %	3	
<i>bromfenac sodium (una vez al día), solución oftálmica 0.09 %</i>	4	
<i>bromfenac sodium, solución oftálmica 0.09 %</i>	4	
BROMSITE, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.075 %	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate, solución oftálmica 0.1 %</i>	3	
<i>diclofenac sodium, solución oftálmica 0.1 %</i>	3	
DUREZOL, EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.05 %	3	
FLUOROMETHOLONE, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.1 %	4	
<i>flurbiprofen sodium, solución oftálmica 0.03 %</i>	1	
ILEVRO, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.3 %	3	
<i>ketorolac tromethamine, solución oftálmica 0.4 %, 0.5 %</i>	3	
LOTEMAX, GEL OFTÁLMICO 0.5 %	3	
LOTEMAX, UNGÜENTO OFTÁLMICO 0.5 %	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
LOTEMAX, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.5 %	3	
PREDNISOLONE ACETATE, SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 1 %	3	
<i>prednisolone sodium phosphate, solución oftálmica 1 %</i>	3	
VARIOS		
CYSTARAN, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.44 %	5^	PA; LA
<i>naphazoline hcl, solución oftálmica 0.1 %</i>	1	
PROLENSA, SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.07 %	3	
<i>proparacaine hcl, solución oftálmica 0.5 %</i>	2	
RESTASIS, EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.05 %	3	QL (64 por cada 30 días)
VÍAS RESPIRATORIAS		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/ AGONISTAS BETA		
ANORO ELLIPTA, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 62.5-25 MCG/INH	3	QL (60 por cada 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 9-4.8 MCG/ACT	3	QL (10.7 G por 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT, AEROSOL PARA INHALACIÓN, SOLUCIÓN, 20-100 MCG/ACT	4	QL (8 G por 30 días)
<i>ipratropium-albuterol, solución para inhalación, 0.5-2.5 (3) mg/3 ml</i>	3	B/D
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, SOLUCIÓN, 17 MCG/ACT	4	QL (25.8 G por 30 días)
INCRUSE ELLIPTA, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 62.5 MCG/INH	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>ipratropium bromide, solución para inhalación 0.02 %</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide, solución nasal 0.03 %, 0.06 %</i>	3	
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl, solución nasal 0.1 %, 0.15 %</i>	3	
<i>cetirizine hcl, jarabe oral, 1 mg/ml</i>	3	
<i>cyproheptadine hcl, jarabe oral, 2 mg/5 ml</i>	4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>cyproheptadine hcl, tableta oral, 4 mg</i>	4	PA
<i>diphenhydramine hcl, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl, solución intramuscular, 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	PA
<i>hydroxyzine hcl, jarabe oral, 10 mg/5 ml</i>	4	PA
<i>hydroxyzine hcl, tableta oral, 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>hydroxyzine pamoate, cápsula oral, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride, solución oral, 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride, tableta oral, 5 mg</i>	2	
AGONISTAS BETA		
<i>albuterol sulfate, solución para inhalación por nebulización, (2.5 mg/3 ml) 0.083 %, (5 mg/ml) 0.5 %, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml</i>	2	B/D
<i>albuterol sulfate, jarabe oral, 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate, tableta oral, 2 mg, 4 mg</i>	4	
LEVALBUTEROL TARTRATE, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 45 MCG/ACT	3	QL (30 G por 30 días)
SEREVENT DISKUS, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 50 MCG/DOSIS	3	QL (60 por cada 30 días)
<i>terbutaline sulfate, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	5 [^]	
<i>terbutaline sulfate, tableta oral, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
VENTOLIN HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, SOLUCIÓN, 108 (BASE DE 90) MCG/ACT	3	QL (36 G por 30 días)
XOPENEX HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 45 MCG/ACT	3	QL (30 G por 30 días)
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium, paquete para uso oral, 4 mg</i>	4	
<i>montelukast sodium, tableta oral, 10 mg</i>	3	
<i>montelukast sodium, tableta oral masticable, 4 mg, 5 mg</i>	3	
<i>zafirlukast, tableta oral, 10 mg, 20 mg</i>	4	
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
<i>cromolyn sodium, solución para inhalación por nebulización, 20 mg/2 ml</i>	3	B/D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
VARIOS		
<i>acetylcysteine, solución para inhalación 10 %, 20 %</i>	3	B/D
ARALAST NP, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 1000 MG, 500 MG	5^	PA; LA
DALIRESP, TABLETA ORAL, 500 MCG	4	
EPIPEN 2-PAK, SOLUCIÓN INYECTABLE, AUTOINYECCIÓN, 0.3 MG/0.3 ML	3	
EPIPEN JR 2-PAK, SOLUCIÓN INYECTABLE, AUTOINYECCIÓN, 0.15 MG/0.3 ML	3	
ESBRIET, CÁPSULA ORAL, 267 MG	5^	PA
KALYDECO, PAQUETE PARA USO ORAL, 50 MG, 75 MG	5^	PA
KALYDECO, TABLETA ORAL, 150 MG	5^	PA
OFEV, CÁPSULA ORAL, 100 MG, 150 MG	5^	PA
ORKAMBI, TABLETA ORAL, 100-125 MG, 200-125 MG	5^	PA
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 1000 MG	5^	PA; LA
PULMOZYME, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN, 1 MG/ML	5^	PA
XOLAIR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA RECONSTITUIDA, 150 MG	5^	PA; LA
ZEMAIRA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA RECONSTITUIDA, 1000 MG	5^	PA; LA
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide, solución nasal, 25 mcg/act (0.025 %)</i>	3	QL (50 ML por 30 días)
<i>fluticasone propionate, suspensión nasal, 50 mcg/act</i>	2	QL (16 G por 30 días)
ESTEROIDES INHALANTES		
ARNUITY ELLIPTA, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT	3	QL (30 por cada 30 días)
<i>budesonide, suspensión para inhalación, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D
FLOVENT DISKUS, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 100 MCG/AMPOLLA, 50 MCG/AMPOLLA	3	QL (120 por cada 30 días)
FLOVENT DISKUS, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 250 MCG/AMPOLLA	3	QL (240 por cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
FLOVENT HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	3	QL (24 G por 30 días)
FLOVENT HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 44 MCG/ACT	3	QL (21.2 G por 30 días)
PULMICORT FLEXHALER, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT	3	QL (2 por cada 30 días)
COMBINACIONES DE ESTEROIDES/AGONISTAS BETA		
ADVAIR DISKUS, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 100-50 MCG/DOSIS, 250-50 MCG/DOSIS, 500-50 MCG/DOSIS	3	QL (60 por cada 30 días)
ADVAIR HFA, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	QL (12 G por 30 días)
BREO ELLIPTA, POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR RESPIRACIÓN, 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	3	QL (60 por cada 30 días)
SYMBICORT, AEROSOL PARA INHALACIÓN, 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	3	QL (10.2 G por 30 días)
XANTINAS		
<i>aminophylline, solución intravenosa, 25 mg/ml</i>	3	
<i>theophylline er, tableta oral de liberación prolongada 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>theophylline er, tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 400 mg, 600 mg</i>	3	
TÓPICOS		
DERMATOLÓGICOS, PARA EL ACNÉ		
AVITA, CREMA PARA USO EXTERNO 0.025 %	4	PA
AVITA, GEL PARA USO EXTERNO 0.025 %	4	PA
<i>claravis, cápsula oral, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>clindamax, gel para uso externo 1 %</i>	4	
<i>clindamycin phosphate, gel para uso externo 1 %</i>	4	
<i>clindamycin phosphate, loción para uso externo 1 %</i>	4	
<i>clindamycin phosphate, solución para uso externo 1 %</i>	3	
<i>erythromycin, gel para uso externo 2 %</i>	4	
<i>erythromycin, solución para uso externo 2 %</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>myorisan, cápsula oral, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
<i>sulfacetamide sodium, suspensión para uso externo 10 %</i>	4	
<i>tretinoin, crema para uso externo 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA
TRETINOIN, GEL PARA USO EXTERNO 0.01 %	4	PA
<i>tretinoin, gel para uso externo 0.025 %</i>	4	PA
<i>zenatane, cápsula oral, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	PA
DERMATOLÓGICOS, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate, crema para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>gentamicin sulfate, ungüento para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>mupirocin calcium, crema para uso externo 2 %</i>	2	
<i>mupirocin, ungüento para uso externo 2 %</i>	2	
SILVER SULFADIAZINE, CREMA PARA USO EXTERNO 1 %	2	
SSD, CREMA PARA USO EXTERNO 1 %	2	
SULFAMYLON, CREMA PARA USO EXTERNO, 85 MG/G	4	
SULFAMYLON, PAQUETE PARA USO EXTERNO 5 %	5 [^]	
DERMATOLÓGICOS, ANTIFÚNGICOS		
<i>ciclopirox, gel para uso externo 0.77 %</i>	3	
<i>ciclopirox, champú para uso externo 1 %</i>	3	
<i>ciclopirox olamine, crema para uso externo 0.77 %</i>	3	
<i>ciclopirox olamine, suspensión para uso externo 0.77 %</i>	3	
<i>clotrimazole, crema para uso externo 1 %</i>	3	
<i>clotrimazole, solución para uso externo 1 %</i>	2	
<i>ketoconazole, crema para uso externo 2 %</i>	3	
<i>nyamyc, polvo para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	
<i>nyata, polvo para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	
<i>nystatin, crema para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	
<i>nystatin, ungüento para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	
<i>nystatin, polvo para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	
<i>nystop, polvo para uso externo, 100000 unidades/g</i>	3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
DERMATOLÓGICOS, ANTIPRURIGINOSOS		
DOXEPIN HCL, CREMA PARA USO EXTERNO 5 %	4	
<i>procto-med hc, crema rectal 2.5 %</i>	4	
<i>procto-pak, crema rectal 1 %</i>	4	
<i>proctosol hc, crema rectal 2.5 %</i>	4	
<i>proctozone-hc, crema rectal 2.5 %</i>	4	
DERMATOLÓGICOS, ANTIPSORIÁSICOS		
8-MOP, CÁPSULA ORAL, 10 MG	4	
<i>acitretin, cápsula oral, 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	5^	PA
<i>calcipotriene, crema para uso externo 0.005 %</i>	4	
<i>calcipotriene, solución para uso externo 0.005 %</i>	4	
TAZORAC, CREMA PARA USO EXTERNO 0.05 %, 0.1 %	4	PA
DERMATOLÓGICOS, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole, champú para uso externo 2 %</i>	2	
<i>selenium sulfide, loción para uso externo 2.5 %</i>	2	
DERMATOLÓGICOS, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort, crema para uso externo 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>alclometasone dipropionate, crema para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>alclometasone dipropionate, ungüento para uso externo 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug, crema para uso externo 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug, gel para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate aug, loción para uso externo 0.05 %</i>	4	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG, UNGÜENTO PARA USO EXTERNO 0.05 %	4	
<i>betamethasone dipropionate, crema para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>betamethasone dipropionate, loción para uso externo 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate, ungüento para uso externo 0.05 %</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>betamethasone valerate, crema para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate, loción para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>betamethasone valerate, ungüento para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>clobetasol propionate, emulsión en espuma para uso externo 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate, espuma para uso externo 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate, loción para uso externo 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate, champú para uso externo 0.05 %</i>	2	
DESONIDE, CREMA PARA USO EXTERNO 0.05 %	2	
<i>desonide, ungüento para uso externo 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide, solución para uso externo 0.01 %</i>	4	
<i>fluocinonide, crema para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>fluocinonide, gel para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>fluocinonide, solución para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>fluocinonide-e, crema para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>fluticasone propionate, crema para uso externo 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate, ungüento para uso externo 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate, crema para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>halobetasol propionate, ungüento para uso externo 0.05 %</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate, crema para uso externo 0.1 %</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate, ungüento para uso externo 0.1 %</i>	4	
<i>hydrocortisone butyrate, solución para uso externo 0.1 %</i>	4	
<i>hydrocortisone, crema para uso externo 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone, loción para uso externo 2.5 %</i>	3	
<i>hydrocortisone, ungüento para uso externo 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>mometasone furoate, crema para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate, ungüento para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>mometasone furoate, solución para uso externo 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide, crema para uso externo 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>triamcinolone acetonide, loción para uso externo 0.025 %, 0.1 %</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide, ungüento para uso externo 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triderm, crema para uso externo 0.1 %</i>	2	
DERMATOLÓGICOS, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine, ungüento para uso externo 5 %</i>	4	PA
<i>lidocaine, parche para uso externo 5 %</i>	3	PA; QL (3 por cada 1 día)
<i>lidocaine hcl, gel para uso externo 2 %, 2 % (aplicador de 10 ml), 2 % (aplicador de 5 ml)</i>	3	PA
<i>lidocaine hcl, solución para uso externo 4 %</i>	1	PA
<i>lidocaine-prilocaine, crema para uso externo 2.5-2.5 %</i>	4	PA
DERMATOLÓGICOS, VARIOS PARA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>ammonium lactate, crema para uso externo 12 %</i>	3	
<i>ammonium lactate, loción para uso externo 12 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium, gel transdérmico 1 %</i>	3	
<i>fluorouracil, crema para uso externo 5 %</i>	4	
<i>fluorouracil, solución para uso externo 2 %, 5 %</i>	4	
<i>imiquimod, crema para uso externo 5 %</i>	4	
<i>metronidazole, crema para uso externo 0.75 %</i>	4	
<i>metronidazole, gel para uso externo 0.75 %</i>	4	
PANRETIN, GEL PARA USO EXTERNO 0.1 %	5 [^]	
<i>podofilox, solución para uso externo 0.5 %</i>	3	
<i>rosadan, crema para uso externo 0.75 %</i>	4	
<i>tacrolimus, ungüento para uso externo 0.03 %, 0.1 %</i>	4	
TARGRETIN, GEL PARA USO EXTERNO 1 %	5 [^]	PA
VALCHLOR, GEL PARA USO EXTERNO 0.016 %	5 [^]	PA; LA
DERMATOLÓGICOS, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
EURAX, CREMA PARA USO EXTERNO 10 %	4	
EURAX, LOCIÓN PARA USO EXTERNO 10 %	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Nombre del medicamento	Nivel del med.	Requisitos / Limitaciones
<i>malathion, loción para uso externo 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin, crema para uso externo 5 %</i>	3	
DERMATOLÓGICOS, AGENTES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS		
ACETIC ACID, SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN 0.25 %	2	
AGUA ESTÉRIL PARA IRRIGACIÓN, SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN	2	
REGANEX, GEL PARA USO EXTERNO 0.01 %	5^	PA
SANTYL, UNGÜENTO PARA USO EXTERNO, 250 UNIDADES/G	4	
SODIUM CHLORIDE, SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN 0.9 %	1	
AGENTES BUCALES/PARA LA GARGANTA/DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate, solución para la boca/garganta 0.12 %</i>	1	
<i>clotrimazole, pastillas para disolver en la boca/garganta, 10 mg</i>	4	
<i>lidocaine viscous, solución para la boca/garganta 2 %</i>	1	
<i>nystatin, suspensión para la boca/garganta, 100000 unidades/ml</i>	3	
<i>paroex, solución para la boca/garganta 0.12 %</i>	1	
<i>perio gard, solución para la boca/garganta 0.12 %</i>	1	
PILOCARPINE HCL, TABLETA ORAL, 5 MG	4	
<i>pilocarpine hcl, tableta oral, 7.5 mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide, pasta para la boca/garganta 0.1 %</i>	3	
ÓTICOS		
<i>acetic acid, solución ótica 2 %</i>	3	
<i>acetic acid-aluminum acetate, solución ótica 2 %</i>	3	
CIPRODEX, SUSPENSIÓN ÓTICA 0.3-0.1 %	3	
<i>fluocinolone acetonide, aceite ótico 0.01 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc, solución ótica 1 %</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc, suspensión ótica, 3.5-10000-1</i>	3	
<i>ofloxacin, solución ótica 0.3 %</i>	4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla en la página VIII.

Índice de medicamentos

8-MOP	81	ALBENZA.....	5	<i>amoxicillin</i>	14
<i>abacavir sulfate</i>	7	<i>albuterol sulfate</i>	77	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	14
ABACAVIR SULFATE- LAMIVUDINE.....	9	<i>alclometasone dipropionate</i>	81	<i>amphetamine-dextroamphet</i> <i>er</i>	42
<i>abacavir-lamivudine-</i> <i>zidovudine</i>	9	ALDURAZYME.....	53	<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i>	42
ABELCET	4	ALECENSA.....	18	<i>amphotericin b</i>	4
ABILIFY MAINTENA	38	<i>alendronate sodium</i>	50	<i>ampicillin</i>	14
ABRAXANE	16	<i>alfuzosin hcl er</i>	62	<i>ampicillin sodium</i>	14
<i>acamprosate calcium</i>	45	ALIMTA.....	16	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> ..	14
<i>acarbose</i>	47	ALINIA.....	5	AMPYRA.....	44
<i>acebutolol hcl</i>	25	<i>allopurinol</i>	1	ANADROL-50.....	46
<i>acetaminophen-codeine</i>	3	<i>alose tron hcl</i>	60	<i>anagrelide hcl</i>	64
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	3	ALPHAGAN P	73	<i>anastrozole</i>	18
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	3	ALREX.....	75	ANDRODERM.....	46
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	3	<i>alyacen 1/35</i>	51	ANORO ELLIPTA.....	76
<i>acetazolamide</i>	28	<i>amantadine hcl</i>	37	APOKYN	37
<i>acetazolamide er</i>	28	AMBISOME.....	4	<i>aprepitant</i>	58
<i>acetic acid</i>	84	AMIFOSTINE.....	21	APRISO	59
ACETIC ACID	84	<i>amikacin sulfate</i>	4	APTIOM.....	30
<i>acetic acid-aluminum acetate</i> ..	84	<i>amiloride hcl</i>	28	APTIVUS.....	7
<i>acetylcysteine</i>	78	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	28	ARALAST NP.....	78
<i>acitretin</i>	81	<i>aminophylline</i>	79	ARCALYST	66
ACTHIB.....	68	AMINOSYN	71	<i>aripiprazole</i>	38
ACTIMMUNE	66	AMINOSYN II.....	70	ARISTADA.....	38
<i>acyclovir</i>	10	AMINOSYN II/ELECTROLYTES ...	70	<i>armodafinil</i>	45
<i>acyclovir sodium</i>	10	AMINOSYN M	71	ARMODAFINIL.....	45
ADACEL.....	68	AMINOSYN/ELECTROLYTES.....	71	ARNUITY ELLIPTA	78
ADAGEN	53	AMINOSYN-HBC.....	71	ASACOL HD	59
ADCIRCA	29	AMINOSYN-PF.....	71	ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER.....	65
<i>adefovir dipivoxil</i>	10	AMINOSYN-RF.....	71	ASSURE ID, JERINGA DE INSULINA CON PROTECTOR DE SEGURIDAD	46
ADEMPAS	29	<i>amiodarone hcl</i>	23	<i>atenolol</i>	25
<i>adrucil</i>	16	AMITIZA.....	60	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	25
ADVAIR DISKUS.....	79	<i>amitriptyline hcl</i>	35	<i>atorvastatin calcium</i>	24
ADVAIR HFA	79	<i>amlodipine besy-benazepril</i> <i>hcl</i>	21	<i>atovaquone</i>	5
<i>afeditab cr</i>	26	<i>amlodipine besylate</i>	26	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	7
AFINITOR.....	18	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	22	ATRIPLA.....	9
AFINITOR DISPERZ.....	18	<i>amlodipine-olmesartan</i>	22	ATROVENT HFA.....	76
AGUA ESTÉRIL PARA IRRIGACIÓN	84	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	23	AURYXIA.....	56
<i>ala-cort</i>	81	<i>ammonium lactate</i>	83	AVASTIN.....	17
		<i>amoxapine</i>	35		

AVITA	79	BILTRICIDE	5	<i>camila</i>	51
AXIRON	46	<i>bisoprolol fumarate</i>	25	CANASA.....	59
<i>azacitidine</i>	16	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	25	CANCIDAS.....	4
<i>azathioprine</i>	67	BIVIGAM	66	CAPASTAT SULFATE.....	10
<i>azathioprine sodium</i>	67	<i>bleomycin sulfate</i>	16	CAPRELSA	19
<i>azelastine hcl</i>	73, 76	<i>blephamide s.o.p.</i>	74	<i>captopril</i>	22
AZILECT	37	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	51	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ... 21	
<i>azithromycin</i>	13	<i>blisovi fe 1/20</i>	51	CARAFATE	60
AZITHROMYCIN.....	13	BOOSTRIX	68	CARBAGLU.....	53
AZOPT	73	BOSULIF	18	<i>carbamazepine</i>	31
<i>aztreonam</i>	5	BREO ELLIPTA.....	79	<i>carbamazepine er</i>	31
<i>bacitracin</i>	74	BRILINTA	65	<i>carbidopa-levodopa</i>	38
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	74	<i>brimonidine tartrate</i>	73	<i>carbidopa-levodopa er</i>	38
<i>bacitra-neomycin-</i>		BRIMONIDINE TARTRATE	73	<i>carboplatin</i>	20
<i>polymyxin-hc</i>	74	BRIVIACT	31	CARIMUNE NF.....	66
<i>baclofen</i>	44	<i>bromfenac sodium</i>	75	<i>carteolol hcl</i>	73
<i>balsalazide disodium</i>	59	<i>bromfenac sodium</i>		<i>cartia xt</i>	26
BANZEL.....	30, 31	<i>(una vez al día)</i>	75	<i>carvedilol</i>	26
BARACLUDE.....	10	<i>bromocriptine mesylate</i>	38	CAYSTON.....	5
BCG, VACUNA	68	BROMSITE.....	75	<i>caziant</i>	51
BELEODAQ	17	<i>budesonide</i>	59, 78	<i>cefaclor</i>	11
<i>benazepril hcl</i>	22	<i>bumetanide</i>	28	<i>cefadroxil</i>	11
<i>benazepril-</i>		<i>buprenorphine hcl</i>	45	<i>cefazolin sodium</i>	12
<i>hydrochlorothiazide</i>	21	<i>buprenorphine hcl-naloxone</i>		CEFAZOLIN SODIUM-	
BENLYSTA.....	67	<i>hcl</i>	45	DEXTROSE.....	12
<i>benztropine mesylate</i>	38	<i>buproban</i>	45	<i>cefdinir</i>	12
BENZTROPINE MESYLATE	38	<i>bupropion hcl</i>	35	<i>cefepime hcl</i>	12
BEPREVE	73	<i>bupropion hcl er (disuasivo del</i>		<i>cefixime</i>	12
BESIVANCE	74	<i>tabaquismo)</i>	45	<i>cefoxitin sodium</i>	12
<i>betamethasone dipropionate</i> ...	81	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	35	<i>cefpodoxime proxetil</i>	12
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	35	<i>ceftazidime</i>	12
<i>aug</i>	81	<i>buspirone hcl</i>	30	<i>ceftriaxone sodium</i>	12
BETAMETHASONE		BYDUREON.....	46	<i>cefuroxime axetil</i>	12
DIPROPIONATE AUG.....	81	BYETTA 10 MCG, PLUMA.....	46	<i>cefuroxime sodium</i>	12
<i>betamethasone valerate</i>	82	BYETTA 5 MCG, PLUMA.....	46	<i>celecoxib</i>	1
BETASERON.....	44	BYSTOLIC	26	CELONTIN	31
<i>betaxolol hcl</i>	73	<i>cabergoline</i>	56	<i>cephalexin</i>	12
<i>bethanechol chloride</i>	62	CABOMETYX.....	18	CERDELGA.....	53
BETOPTIC-S	73	<i>cafergot</i>	43	CEREZYME.....	53
BEVESPI AEROSPHERE	76	<i>calcipotriene</i>	81	<i>cetirizine hcl</i>	76
<i>bexarotene</i>	20	<i>calcitonin (salmón)</i>	56	CHANTIX	45
BEXSERO	68	<i>calcitriol</i>	73	CHANTIX, PAQUETE DE	
<i>bicalutamide</i>	18	<i>calcium acetate (aglutinante</i>		CONTINUIDAD MENSUAL.....	45
BICILLIN L-A.....	14	<i>de fosfato)</i>	56		

CHANTIX, PAQUETE DE INICIO			
MENSUAL.....	45	<i>clonazepam</i>	31
CHEMET.....	51	<i>clonidine hcl</i>	28, 29
<i>chlorhexidine gluconate</i>	84	<i>clopidogrel bisulfate</i>	65
<i>chloroquine phosphate</i>	7	<i>clorazepate dipotassium</i>	31
<i>chlorothiazide</i>	28	<i>clotrimazole</i>	80, 84
<i>chlorpromazine hcl</i>	39	<i>clozapine</i>	39
<i>chlorthalidone</i>	28	CLOZAPINE.....	39
<i>cholestyramine</i>	24	COARTEM.....	7
<i>cholestyramine, liviano</i>	24	<i>colchicine-probenecid</i>	1
<i>ciclopirox</i>	80	COLCRYS.....	1
<i>ciclopirox olamine</i>	80	<i>colestipol hcl</i>	24
<i>cilostazol</i>	64	<i>colistimethate sodium</i>	6
CILOXAN.....	74	<i>colocort</i>	59
CINRYZE.....	64	COMBIGAN.....	73
CIPRODEX.....	84	COMBIVENT RESPIMAT.....	76
<i>ciprofloxacin</i>	13	COMETRIQ (DOSIS DIARIA	
<i>ciprofloxacin en d5w</i>	13	DE 100 MG).....	19
<i>ciprofloxacin hcl</i>	13, 74	COMETRIQ (DOSIS DIARIA	
<i>cisplatin</i>	20	DE 140 MG).....	19
<i>citalopram hydrobromide</i>	35	COMETRIQ (DOSIS DIARIA	
<i>claravis</i>	79	DE 60 MG).....	19
<i>clarithromycin</i>	13	COMFORT ASSIST, JERINGA	
<i>clarithromycin er</i>	13	DE INSULINA.....	46
<i>clindamax</i>	79	COMPLERA.....	9
<i>clindamycin hcl</i>	5	<i>compro</i>	58
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	5	<i>constulose</i>	60
<i>clindamycin phosphate</i>	5, 63, 79	COPAXONE.....	44
<i>clindamycin phosphate en d5w</i> ...	5	<i>cortisone acetate</i>	54
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) ...	71	COTELLIC.....	19
CLINIMIX/DEXTROSE		COUMADIN.....	63
(4.25/10).....	71	CREON.....	61
CLINIMIX/DEXTROSE		CRIVAN.....	7
(4.25/20).....	71	<i>cromolyn sodium</i>	61, 73, 77
CLINIMIX/DEXTROSE		<i>cryselle-28</i>	51
(4.25/25).....	71	CUBICIN.....	6
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) ...	71	CVS, GASA ESTÉRIL.....	46
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	71	<i>cyclafem 1/35</i>	51
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	71	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	44
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25).....	71	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	15
<i>clobetasol propionate</i>	82	<i>cycloserine</i>	10
<i>clobetasol propionate,</i>		<i>cyclosporine</i>	67
<i>emulsión</i>	82	<i>cyclosporine modified</i>	67
<i>clomipramine hcl</i>	35	<i>cyproheptadine hcl</i>	76, 77
		CYSTADANE.....	54
		CYTAGON.....	54
		CYSTARAN.....	76
		<i>dacarbazine</i>	16
		DAKLINZA.....	10
		DALIRESP.....	78
		<i>danazol</i>	53
		<i>dantrolene sodium</i>	44
		<i>dapsone</i>	6
		DAPTACEL.....	68
		<i>daptomycin</i>	6
		<i>deblitane</i>	51
		DELESTROGEN.....	54
		DELZICOL.....	59
		DEMSEER.....	29
		DEPEN TITRATABS.....	51
		DESCOVY.....	9
		<i>desipramine hcl</i>	35
		<i>desmopressin ace, aerosol</i>	
		<i>refrigerado</i>	57
		DESMOPRESSIN ACE, TUBO	
		PARA LA NARIZ.....	57
		<i>desmopressin acetate</i>	57
		<i>desmopressin acetate,</i>	
		<i>aerosol</i>	57
		<i>desonide</i>	82
		DESONIDE.....	82
		<i>dexamethasone</i>	54, 55
		<i>dexamethasone intensol</i>	54
		<i>dexamethasone sod</i>	
		<i>phosphate pf</i>	55
		<i>dexamethasone sodium</i>	
		<i>phosphate</i>	55, 75
		DEXILANT.....	61
		<i>dexrazoxane</i>	21
		DEXTROSE.....	72
		DEXTROSE 5 %/ELECTROLYTE	
		#48.....	71
		DEXTROSE EN LACTATED	
		RINGERS.....	71
		DEXTROSE-NACL.....	72
		<i>diazepam</i>	31
		DIAZEPAM.....	31
		<i>diazepam intensol</i>	31
		<i>diclofenac potassium</i>	1

<i>diclofenac sodium</i>	1, 75, 83	<i>doxycycline monohydrate</i>	15	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	13
<i>diclofenac sodium er</i>	1	<i>dronabinol</i>	58	ESBRIET	78
<i>dicloxacillin sodium</i>	14	DROXIA.....	20	<i>escitalopram oxalate</i>	36
<i>dicyclomine hcl</i>	59	<i>duloxetine hcl</i>	35, 36	<i>esomeprazole magnesium</i>	61
<i>didanosine</i>	7	DURAMORPH.....	2	<i>esomeprazole sodium</i>	61
<i>diflunisal</i>	1	DUREZOL.....	75	<i>estarylla</i>	51
<i>digitek</i>	27	<i>dutasteride</i>	62	<i>estrace</i>	54
<i>digox</i>	28	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	62	<i>estradiol</i>	54
<i>digoxin</i>	28	<i>e.e.s. 400</i>	13	<i>estradiol valerate</i>	54
DIGOXIN	28	EDURANT	7	<i>ethambutol hcl</i>	10
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ...	43	EFFIENT	65	<i>ethosuximide</i>	32
<i>dilantin</i>	31	ELIQUIS.....	63	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...	51
DILANTIN.....	32	ELITEK.....	21	<i>etodolac</i>	1
<i>dilantin infatabs</i>	31	ELLA	51	<i>etodolac er</i>	1
<i>diltiazem cd</i>	26	ELMIRON	62	<i>etoposide</i>	21
<i>diltiazem hcl</i>	27	EMCYT	16	EURAX.....	83
<i>diltiazem hcl er</i>	27	EMEND	58	EVOTAZ.....	9
<i>diltiazem hcl er, perlas</i>	26	EMSAM	36	EXEL COMFORT POINT, AGUJA	
<i>diltiazem hcl er, perlas</i>		EMTRIVA.....	7	PARA PLUMA	46
<i>recubiertas</i>	26	<i>emverm</i>	6	<i>exemestane</i>	18
DILTIAZEM HCL ER, PERLAS		<i>enalapril maleate</i>	22	EXJADE.....	51
RECUBIERTAS	26	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	21	<i>ezetimibe</i>	24
<i>dilt-xr</i>	27	<i>endocet</i>	2	FABRAZYME	54
DIPENTUM	59	ENGERIX-B	68	<i>famciclovir</i>	11
<i>diphenhydramine hcl</i>	77	<i>enoxaparin sodium</i>	63	<i>famotidine</i>	59
<i>diphenoxylate-atropine</i>	61	<i>enpresse-28</i>	51	<i>famotidine, premezclada</i>	59
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS		ENTACAPONE.....	38	FANAPT.....	39
DT	68	<i>entecavir</i>	10	FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE	
<i>disopyramide phosphate</i>	23	ENTRESTO.....	23	DE DOSIS	39
<i>disulfiram</i>	45	<i>enulose</i>	60	FARESTON.....	18
<i>divalproex sodium</i>	32	EPIPEN 2-PAK	78	FARXIGA.....	47
<i>divalproex sodium er</i>	32	EPIPEN JR 2-PAK	78	FARYDAK	17
DOCEFREZ	16	<i>epitol</i>	32	FASLODEX	18
<i>docetaxel</i>	17	EPIVIR HBV	10	<i>felbamate</i>	32
DOCETAXEL	17	<i>eplerenone</i>	22	<i>felodipine er</i>	27
DOFETILIDE.....	23	EPZICOM	9	<i>femynor</i>	52
<i>donepezil hcl</i>	34	<i>ergotamine-caffeine</i>	43	<i>fenofibrate</i>	25
<i>dorzolamide hcl</i>	73	ERIVEDGE	17	<i>fenofibrate micronized</i>	24
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	73	<i>errin</i>	51	<i>fentanyl</i>	2
<i>doxazosin mesylate</i>	22	<i>ery-tab</i>	13	<i>fentanyl citrate</i>	2
<i>doxepin hcl</i>	35	<i>erythrocin lactobionate</i>	13	FENTORA	2
DOXEPIN HCL.....	81	<i>erythrocin stearate</i>	13	FERRIPROX	51
<i>doxy 100</i>	15	<i>erythromycin</i>	74, 79	FETZIMA	36
<i>doxycycline hyclate</i>	15	<i>erythromycin base</i>	13	FETZIMA, AJUSTE DE DOSIS ...	36

<i>finasteride</i>	62	GAMMAKED	66	<i>haloperidol lactate</i>	39
FIRAZYR	64	GAMMAPLEX	66	HAVRIX.....	68
FLEBOGAMMA DIF	66	GAMUNEX-C.....	66	<i>heather</i>	52
<i>flecainide acetate</i>	23	<i>ganciclovir sodium</i>	11	HEPARIN (PORCINE) EN D5W....	63
FLOVENT DISKUS.....	78	GARDASIL.....	68	HEPARIN (PORCINE) EN NACL ...	63
FLOVENT HFA	79	GARDASIL 9.....	68	HEPARIN SOD (PORCINE)	
<i>fluconazole</i>	4	<i>gatifloxacin</i>	74	EN D5W	64
<i>fluconazole en dextrose</i>	4	GATTEX	61	<i>heparin sodium (porcine)</i>	64
<i>fluconazole en sodium chloride</i> ...	4	<i>gavilyte-c</i>	60	HEPATAMINE	71
<i>flucytosine</i>	5	<i>gavilyte-g</i>	60	HERCEPTIN	17
<i>fludrocortisone acetate</i>	55	<i>gavilyte-h</i>	60	HETLIOZ.....	43
<i>flunisolide</i>	78	<i>gavilyte-n, con paquete</i>		HEXALEN	16
<i>fluocinolone acetonide</i>	82, 84	<i>saborizado</i>	60	HIBERIX.....	68
<i>fluocinonide</i>	82	<i>gemfibrozil</i>	25	HUMIRA	65
<i>fluocinonide-e</i>	82	<i>generlac</i>	60	HUMIRA, PLUMA.....	65
FLUOROMETHOLONE.....	75	<i>gengraf</i>	67	HUMIRA, PLUMA DE TERAPIA	
<i>fluorouracil</i>	16, 83	<i>gentak</i>	74	INICIAL PARA ENFERMEDAD	
<i>fluoxetine hcl</i>	36	<i>gentamicin en saline</i>	4	DE CROHN	65
<i>fluphenazine decanoate</i>	39	<i>gentamicin sulfate</i>	4, 74, 75, 80	HUMIRA, PLUMA DE TERAPIA	
<i>fluphenazine hcl</i>	39	GENVOYA.....	9	INICIAL PARA PSORIASIS	65
<i>flurbiprofen</i>	1	GEODON	39	HUMIRA, TERAPIA PEDRIÁTICA	
<i>flurbiprofen sodium</i>	75	GILENYA	44	INICIAL PARA ENFERMEDAD	
<i>flutamide</i>	18	GILOTRIF	19	DE CROHN	65
<i>fluticasone propionate</i>	78, 82	<i>glatopa</i>	44	HUMULIN R U-500	
<i>fluvoxamine maleate</i>	30	GLEOSTINE.....	16	(CONCENTRADA)	46
<i>fondaparinux sodium</i>	63	<i>glimepiride</i>	47, 48	HUMULIN R U-500 KWIKPEN ...	46
FORTEO.....	56	<i>glipizide</i>	48	<i>hydralazine hcl</i>	29
FORTICAL.....	56	<i>glipizide er</i>	48	<i>hydrochlorothiazide</i>	28
<i>fosinopril sodium</i>	22	GLIPIZIDE XL.....	48	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	2
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	21	<i>glipizide-metformin hcl</i>	48	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	2
FREAMINE HBC	71	GLOBAL, TOALLITAS CON		<i>hydrocortisone</i>	55, 82
FREAMINE III	71	ALCOHOL	46	HYDROCORTISONE.....	59
<i>furosemide</i>	28	GLUCAGEN HYPOKIT	55	<i>hydrocortisone butyrate</i>	82
FUROSEMIDE	28	GLUCAGON, DE EMERGENCIA	55	<i>hydromorphone hcl</i>	2
FUSILEV	21	<i>glycopyrrolate</i>	59	<i>hydromorphone hcl pf</i>	2
FUZEON.....	7	GOLYTELY	60	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	65
<i>fyavolv</i>	54	<i>granisetron hcl</i>	58	<i>hydroxyprogesterone</i>	
FYCOMPA.....	32	GRANIX.....	64	<i>caproate</i>	18
<i>gabapentin</i>	32	<i>griseofulvin microsize</i>	5	<i>hydroxyurea</i>	20
<i>galantamine hydrobromide</i>	34	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	5	<i>hydroxyzine hcl</i>	77
<i>galantamine hydrobromide er</i> ...	34	<i>guanfacine hcl er</i>	42	<i>hydroxyzine pamoate</i>	77
GAMASTAN S/D	66	<i>halobetasol propionate</i>	82	<i>ibandronate sodium</i>	50
GAMMAGARD	66	<i>haloperidol</i>	39	IBRANCE	17
GAMMAGARD S/D LESS IGA....	66	<i>haloperidol decanoate</i>	39	<i>ibuprofen</i>	1

ICLUSIG.....	19	<i>jantoven</i>	64	<i>latanoprost</i>	73
ILEVRO.....	75	JANUMET.....	48	LATUDA.....	40
<i>ilotycin</i>	75	JANUMET XR.....	48	<i>leflunomide</i>	65
<i>imatinib mesylate</i>	19	JANUVIA.....	48	LENVIMA 10 MG, DOSIS	
IMBRUVICA.....	19	JENTADUETO.....	48	DIARIA.....	19
<i>imipenem-cilastatin</i>	6	JENTADUETO XR.....	49	LENVIMA 14 MG, DOSIS	
<i>imipramine hcl</i>	36	<i>jinteli</i>	54	DIARIA.....	19
<i>imiquimod</i>	83	JOLIVETTE.....	52	LENVIMA 18 MG, DOSIS	
IMOVAX, CONTRA LA RABIA.....	68	<i>junel fe 1.5/30</i>	52	DIARIA.....	19
INCRELEX.....	56	<i>junel fe 1/20</i>	52	LENVIMA 20 MG, DOSIS	
INCRUSE ELLIPTA.....	76	JUXTAPID.....	25	DIARIA.....	19
<i>indapamide</i>	28	KALETRA.....	9	LENVIMA 24 MG, DOSIS	
INFANRIX.....	68	KALYDECO.....	78	DIARIA.....	19
INLYTA.....	19	KCL EN DEXTROSE-NACL.....	72	LENVIMA 8 MG, DOSIS DIARIA...	19
INTELENCE.....	7, 8	<i>kelnor 1/35</i>	52	LETAIRIS.....	29
INTRALIPID.....	71	<i>ketoconazole</i>	5, 80, 81	<i>letrozole</i>	18
INTRON A.....	66, 67	<i>ketoprofen</i>	1	<i>leucovorin calcium</i>	21
INVANZ.....	6	<i>ketorolac tromethamine</i>	75	LEUKERAN.....	16
INVEGA SUSTENNA.....	39, 40	KEYTRUDA.....	17	LEUKINE.....	64
INVEGA TRINZA.....	40	KINRIX.....	68	<i>leuprolide acetate</i>	18
INVIRASE.....	8	<i>kionex</i>	51	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	77
INVOKAMET.....	48	<i>klor-con</i>	70	LEVEMIR.....	47
INVOKAMET XR.....	48	KLOR-CON.....	70	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	46
INVOKANA.....	48	KLOR-CON 10.....	70	<i>levetiracetam</i>	32
IPOL.....	68	<i>klor-con m10</i>	70	LEVETIRACETAM EN NACL.....	32
<i>ipratropium bromide</i>	76	<i>klor-con m15</i>	70	<i>levobunolol hcl</i>	73
<i>ipratropium-albuterol</i>	76	<i>klor-con m20</i>	70	<i>levocarnitine</i>	54
<i>irbesartan</i>	23	<i>klor-con, espolvoreable</i>	70	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> ...	77
<i>irbesartan-</i>		KORLYM.....	56	<i>levofloxacin</i>	14
<i>hydrochlorothiazide</i>	23	KUVAN.....	54	<i>levofloxacin en d5w</i>	14
IRESSA.....	19	KYNAMRO.....	25	<i>levoleucovorin calcium</i>	21
ISENTRESS.....	8	<i>labetalol hcl</i>	26	<i>levoleucovorin calcium pf</i>	21
ISOLYTE-P EN D5W.....	72	LACTATED RINGERS.....	72	<i>levonest</i>	52
ISOLYTE-S.....	72	<i>lactulose</i>	60	<i>levonorgestrel</i>	52
<i>isoniazid</i>	10	<i>lactulose, para la</i>		<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ...	52
<i>isosorbide dinitrate</i>	29	<i>encefalopatía</i>	60	<i>levothyroxine sodium</i>	57
<i>isosorbide dinitrate er</i>	29	<i>lamivudine</i>	8, 11	LEVOXYL.....	57
<i>isosorbide mononitrate</i>	29	<i>lamivudine-zidovudine</i>	9	LEXIVA.....	8
<i>isosorbide mononitrate er</i>	29	<i>lamotrigine</i>	32	<i>lidocaine</i>	83
ISTALOL.....	73	LANTUS.....	46	<i>lidocaine hcl</i>	4, 83
<i>itraconazole</i>	5	LANTUS SOLOSTAR.....	46	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	3
<i>ivermectin</i>	6	<i>larin fe 1.5/30</i>	52	<i>lidocaine viscous</i>	84
IXIARO.....	68	<i>larin fe 1/20</i>	52	<i>lidocaine-prilocaine</i>	83
JAKAFI.....	19	LASTACAPT.....	73	<i>linezolid</i>	6

LINEZOLID.....	6	MEDROXYPROGESTERONE		<i>metoprolol-</i>	
LINEZOLID EN SODIUM		ACETATE	52	<i>hydrochlorothiazide</i>	25
CHLORIDE	6	<i>mefloquine hcl</i>	7	<i>metronidazole</i>	6, 63, 83
LINZESS	61	<i>megestrol acetate</i>	18	<i>metronidazole en nacl</i>	6
<i>lithyronine sodium</i>	57	MEGESTROL ACETATE	18	<i>mexiletine hcl</i>	23
<i>lisinopril</i>	22	MEKINIST	19	MIACALCIN	56
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	22	<i>meloxicam</i>	1	MICROGESTIN FE 1.5/30	52
LITHIUM	44	<i>memantine hcl</i>	34	MICROGESTIN FE 1/20	52
<i>lithium carbonate</i>	44	MEMANTINE HCL	34	<i>midodrine hcl</i>	29
<i>lithium carbonate er</i>	44	MENACTRA.....	69	<i>migergot</i>	43
LONSURF	20	MENHIBRIX.....	69	<i>minitran</i>	29
<i>loperamide hcl</i>	61	MENOMUNE	69	<i>minocycline hcl</i>	15
<i>lopinavir-ritonavir</i>	9	MENVEO	69	<i>minoxidil</i>	29
<i>lorazepam</i>	30	<i>mercaptapurine</i>	16	<i>mirtazapine</i>	36
<i>lorazepam intensol</i>	30	<i>meropenem</i>	6	<i>misoprostol</i>	61
<i>lorcet</i>	2	<i>mesalamine</i>	59	<i>mitomycin</i>	16
<i>lorcet hd</i>	2	MESALAMINE	59	<i>mitoxantrone hcl</i>	20
<i>lorcet plus</i>	2	<i>mesalamine-limpieza</i>	59	M-M-R II	69
<i>lortab</i>	2	<i>mesna</i>	21	<i>moderiba</i>	11
<i>losartan potassium</i>	23	MESNEX	21	<i>moexipril hcl</i>	22
<i>losartan potassium-hctz</i>	23	<i>metadate er</i>	42	<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i> ..	22
LOTEMAX.....	75, 76	<i>metformin hcl</i>	49	<i>molindone hcl</i>	40
<i>lovastatin</i>	24	<i>metformin hcl er</i>	49	<i>mometasone furoate</i>	82
<i>low-ogestrel</i>	52	<i>methadone hcl</i>	2	<i>mono-lynyah</i>	52
<i>loxapine succinate</i>	40	<i>methadone hcl intensol</i>	2	MONONESSA.....	52
LUMIGAN.....	73	<i>methazolamide</i>	28	<i>montelukast sodium</i>	77
LUMIZYME	54	<i>methenamine hippurate</i>	6	<i>morgidox</i>	15
LUPRON DEPOT	18	<i>methimazole</i>	57	MORPHINE SULFATE	3
LYNPARZA.....	17	<i>methotrexate</i>	65	MORPHINE SULFATE	
LYRICA	33	<i>methotrexate sodium</i>	16	(CONCENTRADA)	2
LYSODREN	18	METHOTREXATE SODIUM	16	<i>morphine sulfate (pf)</i>	2
<i>lyza</i>	52	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	16	MORPHINE SULFATE (PF)	3
<i>magnesium sulfate</i>	70	<i>methylphenidate hcl</i>	43	<i>morphine sulfate er</i>	3
MAGNESIUM SULFATE.....	70	<i>methylphenidate hcl er</i>	43	MOVANTIK	61
MAGNESIUM SULFATE		<i>methylprednisolone</i>	55	MOVIPREP.....	60
EN D5W	70	<i>methylprednisolone acetate</i>	55	MOXEZA.....	75
<i>malathion</i>	84	<i>methylprednisolone sodium</i>		MOZOBIL	64
<i>maprotiline hcl</i>	36	<i>succ</i>	55	MULTAQ	23
MARPLAN	36	<i>metipranolol</i>	74	<i>mupirocin</i>	80
MATULANE	20	<i>metoclopramide hcl</i>	58	<i>mupirocin calcium</i>	80
<i>meclizine hcl</i>	58	<i>metolazone</i>	28	MYCAMINE	5
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>metoprolol succinate er</i>	26	<i>mycophenolate mofetil</i>	67
<i>acetate</i>	52, 57	<i>metoprolol tartrate</i>	26	<i>mycophenolate sodium</i>	67
				<i>myorisan</i>	80

MYRBETRIQ	62	<i>nifedical xl</i>	27	NULYTELY, CON PAQUETES	
<i>myzilra</i>	52	<i>nifedipine er</i>	27	SABORIZADOS	60
<i>nabumetone</i>	1	<i>nifedipine er, osmótica de</i>		NUPLAZID	40
<i>nadolol</i>	26	<i>liberación prolongada</i>	27	NUTRILIPID	71
<i>nafcillin sodium</i>	15	NILANDRON	18	NUVARING	53
NAGLAZYME	54	<i>nilutamide</i>	18	<i>nyamyc</i>	80
<i>nalbuphine hcl</i>	3	<i>nimodipine</i>	27	<i>nyata</i>	80
<i>naloxone hcl</i>	45	NINLARO	17	NYMALIZE	27
<i>naltrexone hcl</i>	45	NIPENT	16	<i>nystatin</i>	5, 80, 84
NAMENDA XR	35	<i>nitro-bid</i>	29	<i>nystop</i>	80
NAMENDA XR, PAQUETE DE		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	6	OCTAGAM	66
AJUSTE DE DOSIS	35	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	6	<i>octreotide acetate</i>	56
NAMZARIC	35	<i>nitroglycerin</i>	29	ODEFSEY	9
<i>naphazoline hcl</i>	76	NITROSTAT	29	ODOMZO	20
<i>naproxen</i>	1, 2	NORA-BE	52	OFEV	78
<i>naproxen dr</i>	1	NORDITROPIN FLEXPRO	56	<i>ofloxacin</i>	75, 84
<i>naproxen sodium</i>	2	<i>norethindrone</i>	52	<i>olanzapine</i>	40
NATACYN	75	<i>norethindrone acetate</i>	57	<i>olmesartan medoxomil</i>	23
<i>nateglinide</i>	49	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	54	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	23
NATPARA	56	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	52	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	23
NEBUPENT	6	<i>norgestim-eth estrad</i>		<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	25
<i>necon 1/35 (28)</i>	52	<i>triphasic</i>	52	<i>omeprazole</i>	62
<i>nefazodone hcl</i>	36	<i>norlyroc</i>	52	<i>ondansetron</i>	58
<i>neomycin sulfate</i>	4	NORMOSOL-M EN D5W	72	<i>ondansetron hcl</i>	58
<i>neomycin-bacitracin</i>		NORMOSOL-R EN D5W	72	ONETOUCH ULTRA 2	49
<i>zn-polymyx</i>	75	NORMOSOL-R PH 7.4	72	ONETOUCH ULTRA BLUE	49
<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORPACE CR	23	ONETOUCH ULTRA MINI	49, 50
<i>dexameth</i>	74	NORTHERA	29	ONETOUCH VERIO	50
<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	53	ONETOUCH VERIO FLEX,	
<i>gramicidin</i>	75	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	53	SISTEMA	50
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	84	<i>nortriptyline hcl</i>	36	ONETOUCH VERIO IQ,	
NEORAL	67	NORVIR	8	SISTEMA	50
NEPHRAMINE	71	NOVOLIN 70/30	47	ONETOUCH VERIO SYNC,	
NEUPOGEN	64	NOVOLIN N	47	SISTEMA	50
NEUPRO	38	NOVOLIN R	47	ONFI	33
<i>nevirapine</i>	8	NOVOLOG	47	OPANA ER	3
NEVIRAPINE	8	NOVOLOG FLEXPEN	47	OPSUMIT	29
<i>nevirapine er</i>	8	NOVOLOG MIX 70/30	47	ORFADIN	54
NEXAVAR	19	NOVOLOG MIX 70/30		ORKAMBI	78
NEXIUM	62	FLEXPEN	47	<i>oseltamivir phosphate</i>	11
<i>niacin er (antihiperlipidémico)</i>	25	NOVOLOG PENFILL	47	<i>oxandrolone</i>	46
<i>niacor</i>	25	NOXAFIL	5	<i>oxcarbazepine</i>	33
<i>nicardipine hcl</i>	27	NUDEXTA	44	<i>oxybutynin chloride</i>	63
NICOTROL NS	45	NULOJIX	67	<i>oxybutynin chloride er</i>	62, 63

<i>oxycodone hcl</i>	3	<i>phenytek</i>	33	PREFERRED PLUS, JERINGA	
OXYCODONE HCL	3	<i>phenytoin</i>	33	DE INSULINA.....	47
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	3	<i>phenytoin sodium</i>	33	<i>premasol</i>	71
<i>pacerone</i>	23, 24	<i>phenytoin sodium,</i>		<i>prenatal</i>	73
<i>paliperidone er</i>	40	<i>prolongada</i>	33	<i>prevalite</i>	25
<i>pamidronate disodium</i>	50	PHOSPHOLINE IODIDE.....	74	<i>previfem</i>	53
PANRETIN	83	<i>pilocarpine hcl</i>	84	PREZCOBIX	9
<i>pantoprazole sodium</i>	62	PILOCARPINE HCL	74, 84	PREZISTA.....	8
<i>paricalcitol</i>	73	<i>pimozide</i>	40	PRIFTIN	10
<i>paroex</i>	84	<i>pindolol</i>	26	PRIMAQUINE PHOSPHATE	7
<i>paromomycin sulfate</i>	4	<i>pioglitazone hcl</i>	49	<i>primidone</i>	33
<i>paroxetine hcl</i>	37	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>		PRISTIQ.....	37
<i>paser</i>	10	<i>so</i>	15	PRIVIGEN.....	66
PATADAY.....	73	<i>pirmella 1/35</i>	53	<i>probenecid</i>	1
PAXIL.....	37	PLASMA-LYTE 148.....	72	PROCALAMINE.....	71
PAZEO	73	PLASMA-LYTE A.....	72	<i>prochlorperazine</i>	58
PEDIARIX.....	69	<i>podofilox</i>	83	<i>prochlorperazine edisylate</i>	58
PEDVAX HIB	69	<i>polyethylene glycol 3350</i>	60	<i>prochlorperazine maleate</i>	58
PEG 3350/ELECTROLYTES	60	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	75	PROCRIT	64
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	60	POMALYST	67	<i>procto-med hc</i>	81
PEG-3350/ELECTROLYTES.....	60	<i>potassium chloride</i>	72	<i>procto-pak</i>	81
PEGANONE.....	33	POTASSIUM CHLORIDE	70, 72	<i>proctosol hc</i>	81
PEGASYS.....	11	<i>potassium chloride crys er</i>	70	<i>proctozone-hc</i>	81
PEGASYS PROCLICK	11	POTASSIUM CHLORIDE EN		PROGLYCEM.....	55
PENICILLIN G POT		DEXTROSE.....	72	PROGRAF	67
EN DEXTROSE.....	15	<i>potassium chloride en nacl</i>	72	PROLASTIN-C	78
<i>penicillin g potassium</i>	15	POTASSIUM CHLORIDE		PROLENSA.....	76
<i>penicillin g procaine</i>	15	EN NACL.....	72	PROLIA.....	56
<i>penicillin g sodium</i>	15	<i>potassium chloride er</i>	70	PROMACTA.....	65
<i>penicillin v potassium</i>	15	<i>potassium citrate er</i>	62	<i>promethazine hcl</i>	58
PENTACEL.....	69	POTASSIUM CITRATE ER.....	62	<i>promethegan</i>	58
PENTAM.....	6	POTIGA	33	<i>propafenone hcl</i>	24
<i>pentoxifylline er</i>	64	PRADAXA.....	64	<i>propafenone hcl er</i>	24
<i>perindopril erbumine</i>	22	PRALUENT	25	<i>propracaine hcl</i>	76
<i>periogard</i>	84	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	38	<i>propranolol hcl</i>	26
<i>permethrin</i>	84	<i>pravastatin sodium</i>	24	<i>propranolol hcl er</i>	26
<i>perphenazine</i>	40	<i>prazosin hcl</i>	22	<i>propylthiouracil</i>	57
<i>pfizerpen-g</i>	15	<i>prednisolone</i>	55	PROQUAD	69
<i>phenadoz</i>	58	PREDNISOLONE ACETATE.....	76	PROSOL	71
<i>phenelzine sulfate</i>	37	<i>prednisolone sodium</i>		<i>protriptyline hcl</i>	37
<i>phenergan</i>	58	<i>phosphate</i>	55, 76	PULMICORT FLEXHALER	79
<i>phenobarbital</i>	33	<i>prednisone</i>	55	PULMOZYME	78
<i>phenobarbital sodium</i>	33	<i>prednisone intensol</i>	55	PURIXAN	16
PHENOBARBITAL SODIUM	33			<i>pyrazinamide</i>	10

<i>pyridostigine bromide</i>	44	<i>risperidone</i>	41	<i>spironolactone</i>	22
QUADRACEL	69	RITUXAN	17	<i>spironolactone-hctz</i>	28
<i>quetiapine fumarate</i>	41	<i>rivastigmine</i>	35	<i>sprintec 28</i>	53
<i>quetiapine fumarate er</i>	41	<i>rizatriptan benzoate</i>	43	SPRITAM	33
<i>quinapril hcl</i>	22	<i>ropinirole hcl</i>	38	SPRYCEL	19
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	22	<i>rosadan</i>	83	<i>sps</i>	51
<i>quinidine gluconate er</i>	24	<i>rosuvastatin calcium</i>	24	SSD	80
<i>quinidine sulfate</i>	24	ROTARIX	69	<i>stavudine</i>	8
<i>quinine sulfate</i>	7	ROTATEQ	69	STIMATE	57
RABAVERT	69	<i>roweepra</i>	33	STIVARGA	19
<i>raloxifene hcl</i>	56	RUBRACA	17	STRATTERA	43
<i>ramipril</i>	22	SABRIL	33	<i>streptomycin sulfate</i>	4
RANEXA	29	SANDIMMUNE	67	STRIBILD	9
<i>ranitidine hcl</i>	59	SANTYL	84	SUBOXONE	45
RAPAMUNE	67	SAPHRIS	41	<i>sucralfate</i>	61
<i>rasagiline mesylate</i>	38	<i>selegiline hcl</i>	38	<i>sulfacetamide sodium</i>	75, 80
RAVICTI	54	<i>selenium sulfide</i>	81	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	74
RECOMBIVAX HB	69	SELZENTRY	8	<i>sulfadiazine</i>	4
REGRANEX	84	SENSIPAR	51	<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim</i>	6, 7
RELENZA DISKHALER	11	SEREVENT DISKUS	77	SULFAMILYLON	80
RELI-ON, JERINGA DE INSULINA	47	SEROQUEL XR	41	<i>sulfasalazine</i>	60
RELISTOR	61	<i>sertraline hcl</i>	37	<i>sulindac</i>	2
RELPAK	43	<i>sharobel</i>	53	SUMATRIPTAN	43
REMICADE	66	SIGNIFOR	56	<i>sumatriptan succinate</i>	43, 44
REMODULIN	29	<i>sildenafil citrate</i>	30	SUMATRIPTAN SUCCINATE	44
REVELA	57	SILENOR	43	SUMATRIPTAN SUCCINATE, RECARGA	43
<i>repaglinide</i>	49	SILVER SULFADIAZINE	80	<i>suprax</i>	12
RESCRIPTOR	8	SIMBRINZA	74	SUPRAX	12
RESTASIS	76	<i>simvastatin</i>	24	SUPREP, PREPARACIÓN INTESTINAL	60
RETROVIR	8	<i>sirolimus</i>	67, 68	SUSTIVA	8
REVATIO	30	SIROLIMUS	68	SUTENT	20
REVLIMID	67	SIRTURO	10	SYLATRON	20
REXULTI	41	SIVEXTRO	6	SYMBICORT	79
REYATAZ	8	SODIUM CHLORIDE	70, 72, 84	SYMLINPEN 120	47
<i>ribasphere</i>	11	<i>sodium fluoride</i>	70	SYMLINPEN 60	47
<i>ribavirin</i>	11	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ...	51	SYNAGIS	69
<i>rifabutin</i>	10	SOLTAMOX	18	SYNAREL	53
<i>rifampin</i>	10	SOLU-CORTEF	55	SYNERCID	7
RIFATER	10	SOMATULINE DEPOT	56	SYNRIBO	20
<i>riluzole</i>	44	SOMAVERT	56	SYNTHROID	57
<i>rimantadine hcl</i>	11	<i>sorine</i>	24	SYPRINE	51
RINGERS	72	<i>sotalol hcl</i>	24		
RISPERDAL CONSTA	41	<i>sotalol hcl (af)</i>	24		
		SOVALDI	11		

TABLOID.....	16	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	74	<i>tri-sprintec</i>	53
<i>tacrolimus</i>	68, 83	<i>tolterodine tartrate</i>	63	TRIUMEQ	10
TAFINLAR.....	20	<i>tolterodine tartrate er</i>	63	<i>trivora (28)</i>	53
TAGRISSE	20	<i>topiramate</i>	34	TROPHAMINE.....	71
TAMIFLU	11	<i>toposar</i>	21	TRULICITY	47
<i>tamoxifen citrate</i>	18	<i>topotecan hcl</i>	21	TRUMENBA.....	69
<i>tamsulosin hcl</i>	62	TOPOTECAN HCL.....	21	TRUVADA.....	10
TARCEVA.....	20	<i>torseamide</i>	28	TWINRIX.....	69
TARGRETIN	83	TOUJEO SOLOSTAR.....	47	TYBOST	9
<i>tarina fe 1/20</i>	53	TOVIAZ.....	63	TYGACIL.....	7
TASIGNA	20	TPN ELECTROLYTES	70	TYKERB.....	20
TAXOTERE.....	17	TRACLEER	30	TYPHIM VI.....	69
<i>tazicef</i>	12, 13	TRADJENTA.....	49	TYSABRI.....	44
TAZORAC	81	<i>tramadol hcl</i>	3	TYZEKA.....	11
<i>taztia xt</i>	27	<i>trandolapril</i>	22	ULORIC	1
TECENTRIQ	17	<i>tranexamic acid</i>	65	UNITHROID	57
TEFLARO	13	TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)....	58	UPTRAVI.....	30
TEGRETOL.....	34	<i>tranylcypromine sulfat</i> e.....	37	<i>ursodiol</i>	61
TEGRETOL-XR.....	34	TRAVASOL.....	71	<i>valacyclovir hcl</i>	11
<i>temazepam</i>	43	TRAVATAN Z.....	74	VALCHLOR.....	83
TENIVAC.....	69	<i>trazodone hcl</i>	37	VALCYTE.....	11
<i>terazosin hcl</i>	22	TRECTOR.....	10	<i>valganciclovir hcl</i>	11
<i>terbinafine hcl</i>	5	TRELSTAR MIXJECT	18	<i>valproate sodium</i>	34
<i>terbutaline sulfate</i>	77	TRESIBA FLEXTOUCH.....	47	<i>valproic acid</i>	34
<i>terconazole</i>	63	<i>tretinoin</i>	20, 80	<i>valsartan</i>	23
<i>testosterone cypionate</i>	46	TRETINOIN.....	80	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	23
<i>testosterone enanthate</i>	46	<i>triamcinolone</i>		<i>vancomycin hcl</i>	7
TETANUS-DIPHTEHRIA TOXOIDS		<i>acetonide</i>	82, 83, 84	VANCOMYCIN HCL EN NAACL	7
TD	69	<i>triamterene-hctz</i>	28	VANDAZOLE.....	63
TETRABENAZINE.....	44	<i>triderm</i>	83	VAQTA.....	69
THALOMID	67	<i>trifluoperazine hcl</i>	42	VARIVAX.....	69
<i>theophylline er</i>	79	<i>trifluridine</i>	75	VASCEPA	25
<i>thioridazine hcl</i>	42	<i>tri-lynyah</i>	53	VELCADE.....	17
<i>thiothixene</i>	42	<i>tri-lo-estarylla</i>	53	<i>velivet</i>	53
<i>tiagabine hcl</i>	34	<i>tri-lo-marzia</i>	53	VENCLEXTA	17
TIGECYCLINE.....	7	<i>tri-lo-sprintec</i>	53	VENCLEXTA, PAQUETE	
<i>timolol maleate</i>	26, 74	<i>trilyte</i>	60	DE INICIO	17
TIMOLOL MALEATE	74	<i>trimethoprim</i>	7	<i>venlafaxine hcl</i>	37
TIVICAY	9	<i>trimipramine maleate</i>	37	<i>venlafaxine hcl er</i>	37
<i>tizanidine hcl</i>	45	TRINESSA (28).....	53	VENTAVIS.....	30
TOBRADEX.....	74	TRINESSA LO.....	53	VENTOLIN HFA.....	77
TOBRADEX ST.....	74	TRINTELLIX.....	37	<i>verapamil hcl</i>	27
<i>tobramycin</i>	4, 75	<i>tri-previfem</i>	53	<i>verapamil hcl er</i>	27
<i>tobramycin sulfate</i>	4	TRISENOX.....	20	VERAPAMIL HCL ER.....	27

VERSACLOZ	42	<i>ziprasidone hcl</i>	42
VESICARE	63	ZIRGAN	75
VIAGRA	62	<i>zoledronic acid</i>	50
VICTOZA	47	ZOLINZA	17
VIDEX	9	<i>zolpidem tartrate</i>	43
VIGAMOX	75	<i>zonisamide</i>	34
VIIBRYD	37	ZONTIVITY	65
VIIBRYD, PAQUETE DE INICIO	37	ZORTRESS	68
VIMPAT	34	ZOSTAVAX	69
VIRACEPT	9	<i>zovia 1/35e (28)</i>	53
VIREAD	9	<i>zovia 1/50e (28)</i>	53
VITEKTA	9	ZYDELIG	20
<i>voriconazole</i>	5	ZYKADIA	20
VOTRIENT	20	ZYLET	74
VRAYLAR	42	ZYPREXA RELPREV	42
<i>warfarin sodium</i>	64	ZYTIGA	18
WELCHOL	25		
XALKORI	20		
XARELTO	64		
XARELTO, PAQUETE DE INICIO ...	64		
XELJANZ	66		
XELJANZ XR	66		
XGEVA	56		
XIFAXAN	61		
XIGDUO XR	49		
XOLAIR	78		
XOPENEX HFA	77		
XTANDI	18		
<i>xulane</i>	53		
XYREM	45		
YERVOY	17		
YF-VAX	69		
<i>zafirlukast</i>	77		
ZAVESCA	54		
ZAZOLE	63		
ZELBORAF	20		
ZEMAIRA	78		
<i>zenatane</i>	80		
ZENPEP	61		
ZEPATIER	11		
ZERIT	9		
ZETIA	25		
ZIAGEN	9		
<i>zidovudine</i>	9		

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**)。

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

주의: 를 사용하신다면 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**) 번으로 전화 주십시오.

¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!

Si usted está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al **1-866-999-3945**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Si usted ya es un miembro, llame al número que se lista a continuación.

California:	Todos los planes	1-866-999-3945
--------------------	------------------------	----------------

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m., o visítenos en cualquier momento en **www.easychoicehealthplan.com**.

Línea de asesoramiento atendida por enfermeros(as)	1-800-581-9952 (Las 24 horas, los 7 días de la semana)
---	-------	--

TTY para todos los anteriores	1-877-247-6272
--	-------	----------------

Easy Choice Health Plan (HMO SNP), una compañía de WellCare, es una Organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de California. La inscripción en Easy Choice (HMO SNP) depende de la renovación del contrato. La lista de medicamentos, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Algunos planes están disponibles para aquellos que tienen asistencia médica del estado y de Medicare. Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que usted recibe. Por favor comuníquese con el plan para más detalles. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Esta lista de medicamentos fue actualizada el 04/01/2017. Para la información más reciente o cualquier pregunta, por favor comuníquese con Easy Choice al número de teléfono indicado en el interior de las cubiertas frontal y posterior de esta lista, o visite www.easychoicehealthplan.com.



P.O. Box 31389 | Tampa, FL 33631-3389