

# SERVE YOU

## Lista de medicamentos recetados de 2021

### Medicamentos estándar de Serve You Rx

#### Lea atentamente:

Este documento contiene información sobre los medicamentos cubiertos por su plan de beneficios de farmacia

#### Si desea realizar alguna pregunta:



Comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203**.



Visite el sitio web **[serveyourx.com](http://serveyourx.com)**

- Encuentre una farmacia minorista participante on su código postal.
- Realizar comparaciones de costos de medicamentos
- Consulte la base de datos de medicamentos para obtener información sobre medicamentos genéricos, medicamentos de marca, equivalentes genéricos y medicamentos de otro tipo.
- Acceda a información sobre la calidad y la seguridad de los medicamentos alternativos a los recetados.

Vigente a partir del 1.º enero de 2021

## Lista de medicamentos recetados (PDL)

La lista de medicamentos recetados, también denominada formulario, es un listado de los medicamentos recetados más frecuentemente, organizados por categoría terapéutica. La PDL identifica los medicamentos disponibles para determinadas afecciones y los organiza según su costo, clasificándolos en niveles. Su objeto es servir como guía para ayudarlo a usted y a su médico a elegir el mejor tratamiento. Los medicamentos están clasificados por categoría a modo de referencia únicamente y no con fines de comparación clínica. La PDL no pretende sustituir el conocimiento y el criterio clínicos del profesional de la salud en su elección de un tratamiento farmacológico. En todos los casos, se espera que el profesional que extiende la receta seleccione el tratamiento farmacológico adecuado para el paciente en particular y proporcione atención médica de primera calidad.

### Tenga presente:

- Cuando existan diferencias entre esta PDL y los documentos de su plan de beneficios, estos últimos tendrán prevalencia.
- Este documento no pretende ser una lista de medicamentos exhaustiva y es posible que no todos los medicamentos incluidos estén cubiertos por su plan. Consulte los documentos del plan de beneficios proporcionados por su empleador o el patrocinador del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos por el plan.
- También puede iniciar sesión en el sitio web [serveyourx.com](http://serveyourx.com) o comunicarse con servicio al cliente al **800-759-3203** para obtener más información.

## Serve You se compromete a ayudarlo a comprender mejor sus opciones de medicamentos.

El beneficio de farmacia le ofrece flexibilidad y posibilidad de elección al determinar el medicamento adecuado para usted. Para ayudarlo a sacar el máximo provecho de su beneficio de farmacia, hemos seleccionado algunas de las preguntas más frecuentes sobre la PDL.

### ¿Cómo utilizo la lista de medicamentos recetados?

Lleve esta PDL con usted cuando vea a su médico. Usted y su médico deben consultarlo al elegir un medicamento. Está organizado por condiciones médicas comunes. Los medicamentos se enumeran alfabéticamente y se identifican como genéricos o de marca, y si se aplican reglas especiales.

Si su medicamento no figura en este documento, visite [serveyourx.com](http://serveyourx.com) o llame al servicio al cliente al **800-759-3203**.

## ¿Qué son los niveles?

Los medicamentos se clasifican en niveles según el costo que usted paga por ellos. A cada nivel se le asigna un costo, determinado por su empleador o el patrocinador del plan. Los medicamentos del nivel 1 son las opciones de menor costo. Si su medicamento está incluido en los niveles 2 o 3, busque si se encuentra disponible una opción de nivel 1. Analice estas opciones con su médico.

Verifique sus documentos del plan de beneficios para averiguar los costos de farmacia específico plan.

\$	NIVEL DE MEDICAMENTOS	INCLUYE	CONSEJOS ÚTILES
	<b>Nivel 1: menor costo</b>	Medicamentos genéricos de menor costo usados habitualmente.	Utilizar los medicamentos del nivel 1 le permitirá pagar los gastos de bolsillo más bajos.
	<b>Nivel 2: costo intermedio</b>	Muchos medicamentos de marca de uso frecuente, denominados medicamentos de marca preferidos.	Utilizar los medicamentos del nivel 2, en lugar de los del nivel 3, contribuirá a reducir los gastos de bolsillo.
	<b>Nivel 3: mayor costo</b>	Principalmente, medicamentos de marca de mayor costo, también denominados medicamentos de marca no preferidos.	Muchos medicamentos del nivel 3 tienen opciones de menor costo en los niveles 1 o 2. Pregúntele a su médico si esas opciones son adecuadas para usted.

**Tenga presente:** Los planes pueden tener diferentes niveles (por ejemplo, 4 niveles o ninguno). Si su plan tiene un nivel 4, en él se incluyen los medicamentos de especialidad. Si tiene un plan con deducibles altos, es posible que los niveles de costo se apliquen una vez que cubra el deducible. Si desea obtener más información sobre su plan de beneficios, consulte los documentos de inscripción y del plan o comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203**.

¿Cuándo se modifica la lista de medicamentos recetados?

- Los medicamentos pueden pasar a un nivel inferior en cualquier momento.
- También podrán pasar a un nivel superior cuando esté disponible su equivalente genérico.
- Los medicamentos pueden pasar a un nivel superior o ser excluidos de la cobertura a partir del 1.º de enero o del 1.º de julio de cada año.

Cuando se modifique el nivel en el que se encuentra un medicamento, es posible que deba pagar una suma diferente por él.

## Programas y límites

Algunos medicamentos figuran acompañados de letras o símbolos. Las letras y los símbolos hacen referencia a los programas de beneficios de farmacia y se proporcionan para ayudarlo a identificar los medicamentos que pueden estar incluidos en un programa o tener un límite. Su plan de beneficios determina la cobertura que se le brindará para esos medicamentos.

<b>PA</b>	<b>Autorización previa</b> – su médico debe proporcionar información adicional para determinar la cobertura.
<b>ST</b>	<b>Tratamiento escalonado</b> – se requiere probar con medicamentos de menor costo antes que recibir cobertura para un medicamento de mayor costo.
<b>QL</b>	<b>Límites de cantidad</b> – suministro del medicamento cubierto por copago o en un período determinado. Para los medicamentos seleccionados, esto puede incluir pasar de una dosis de dos veces por día a una única dosis diaria.
<b>SP</b>	<b>Medicamentos de especialidad</b> – el medicamento está designado como un medicamento de farmacia especializada.
<b>E</b>	<b>Excluidos</b> – pueden estar excluidos de la cobertura o sujetos a autorización previa. Se encuentran disponibles opciones de menor costo incluidas en la cobertura. Las alternativas de marca autorizadas (ABA) están excluidas.

Para obtener más información sobre un programa de farmacia clínica de Serve You Rx o para averiguar si se aplica en su caso, visite el sitio web [serveyourx.com](http://serveyourx.com) o comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203**.

## ¿Qué diferencia existe entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca?

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos (que determinan el efecto del medicamento) que los medicamentos de marca, pero a menudo tienen un costo menor. Cuando se extingue la patente de un medicamento de marca, la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos) puede aprobar una versión genérica con los mismos ingredientes activos. Estos tipos de medicamentos se denominan medicamentos genéricos. En ocasiones, la misma empresa que fabrica un medicamento de marca también ofrece la versión genérica.

## ¿Cómo identifico si el medicamento es genérico o de marca?

En la lista de medicamentos, los medicamentos de marca aparecen resaltados en **negrita** (por ejemplo, el **Crestor**), mientras que los medicamentos genéricos se incluyen sin ningún resalte tipográfico (por ejemplo, la rosuvastatin).

## ¿Qué sucede si el médico me receta un medicamento de marca?

La próxima vez que el médico le recete un medicamento de marca, pregúntele si está disponible un equivalente genérico o una opción de menor costo y si ese medicamento sería adecuado para usted. Generalmente, los medicamentos genéricos son la opción de menor costo, aunque esto no siempre es así. Visite la herramienta de comparación de costos de medicamentos en el Portal para miembros en [serveyourx.com](http://serveyourx.com) para estar seguro.

## ¿Toma un medicamento de especialidad?

Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar afecciones poco comunes o complejas y, por lo general, son medicamentos de mayor costo. Los medicamentos de especialidad tienen las siguientes características:

- Se utilizan para tratar afecciones médicas complejas y a menudo costosas, tales como el cáncer, la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la hipertensión pulmonar.
- Por lo general, se trata de medicamentos inyectables o que se administran por vía intravenosa (IV), pero también pueden tomarse por vía oral.
- Requieren un control estricto de la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Pueden requerir una dosificación personalizada, dispositivos médicos para su administración o una manipulación o un envío especiales.
- Exigen una capacitación adicional para garantizar el uso seguro y eficiente en función del costo.

Tenga en cuenta que no todos los medicamentos de especialidad están incluidos en la PDL.

La farmacia especializada DirectRx - de Serve You Rx provee la mayoría de los medicamentos de especialidad y se compromete a ayudar a los pacientes a sobrellevar la complejidad de un tratamiento farmacológico con medicamentos de especialidad ofreciéndoles programas y servicios útiles y una atención mejorada. Comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203** y solicite el envío de los medicamentos recetados directamente a su casa u oficina.

## ¿Debo consultar al médico sobre los medicamentos OTC?

Los medicamentos de venta libre (OTC), que no requieren receta, pueden ser la opción de tratamiento correcta para algunas afecciones. Consulte a su médico para conocer las opciones de venta libre disponibles. Si bien es posible que estos medicamentos no estén cubiertos por su beneficio de farmacia, pueden tener un costo menor que el gasto de bolsillo de los medicamentos recetados.

## ¿Cómo puedo obtener información actualizada sobre el beneficio de farmacia?

Dado que la PDL puede cambiar durante el año del plan, lo alentamos a que visite el sitio web [serveyourx.com](http://serveyourx.com) o se comunique con servicio al cliente al **800-759-3203** para obtener información más actualizada.

Si se registra en [serveyourx.com](http://serveyourx.com), podrá utilizar las herramientas y funciones de gran utilidad que ofrece este sitio web para realizar lo siguiente:

- Realizar comparaciones de costos de medicamentos
- Aprenda cómo usar el servicio de correo para la entrega a domicilio de sus medicamentos
- Consultar su historial de medicamentos.
- Encontrar farmacias dentro del plan, fuera del plan y 24 horas próximas a su lugar de residencia.
- Vuelva a llenar sus recetas
- Consultar la base de datos de medicamentos para obtener información sobre medicamentos genéricos, medicamentos de marca, equivalentes genéricos y medicamentos de otro tipo.
- Acceder a información sobre la calidad y la seguridad de los medicamentos alternativos a los recetados.
- Consultar contenido específico del plan.



### Más información

Si desea realizar más preguntas, comuníquese con servicio al cliente al **800-759-3203** o visite el sitio web [serveyourx.com](http://serveyourx.com).

## Contenidos

Acné/Rosácea .....	8	Endocrino: Hormona de Crecimiento .....	15
Adicción/Abuso de Sustancias.....	8	Endocrino: Otras.....	15
Antiinfecciosos: Antibióticos .....	8	Endocrino: Reemplazo de Hormona Tiroidea .....	15
Antiinfecciosos: Antifúngicos .....	8	Condiciones de los Ojos: Alergias .....	16
Antiinfecciosos: Antivirales .....	8	Condiciones de los Ojos: Antibióticos .....	16
Trastornos de la Sangre .....	9	Condiciones de los Ojos: Glaucomaer .....	16
Cáncer.....	9	Condiciones de los Ojos: Otras .....	16
Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Anticoagulantes .....	9	Gastrointestinal: Supresión de Acido .....	16
Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Alta Presion Sanguí .....	9	Gastrointestinal: Inflamatorio Enfermedad Gastrointestinal.....	16
Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Colesterol Alto .....	10	Gastrointestinal: Náuseas/Vómitos .....	16
Cardiovascular/Enfermedad Cardíaca: Otro .....	10	Gastrointestinal: Otro.....	17
Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Hipertensión Arterial Pulmonar .....	10	Gota .....	17
Sistema Nervioso Central: Alzheimer/Demencia... ..	11	VIH/SIDA .....	17
Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos .....	11	Esterilidad.....	17
Sistema Nervioso Central: Desorden de Déficit de Atención .....	11	Condiciones inflamatorias.....	17
Sistema Nervioso Central: Depresión .....	11	Salud de los Hombres: Disfuncion Erectil .....	18
Sistema Nervioso Central: Migraña .....	11	Salud del Hombre: Próstata.....	18
Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple .....	12	Salud de los Hombres: Terapia de Testosterona ..	18
Sistema Nervioso Central: Otro .....	12	Diverso .....	18
Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson .....	12	Musculoesquelético: Osteoartritis .....	18
<b>Sistema Nervioso Central: Sedantes/Hipnóticos .....</b>	12	Musculoesquelético: Osteoporosis .....	18
Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos .....	12	Musculoesquelético: Otro .....	19
Dermatología.....	13	Musculoesquelético: Alivio del Dolor.....	19
Diabetes/Endocrino: Monitoreo de Glucosa.....	13	Vejiga Hiperactiva.....	19
Diabetes/Endocrino: Insulina .....	14	Respiratorio: Asma/EPOC .....	19
Diabetes/Endocrino: Sin Insulina .....	15	Respiratorio: Alergias Nasales.....	20
		Respiratorio: Alergias Orales .....	20
		Trasplante .....	20
		Vitaminas/Electrolitos .....	20
		Manejo de la Pérdida de Peso.....	20
		Control de la Natalidad .....	20
		La Salud de la Mujer: Reemplazo Hormona .....	21
		Salud de La Mujer: Antiinfecciosos Vaginales.....	21

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Acné/Rosácea</b>		
<b>Absorica</b>	3	PA
<b>Absorica LD</b>	3	PA
Claravis	1	
<b>Seysara</b>	3	
<b>Adicción/Abuso de Sustancias</b>		
<b>Bunavail</b>	3	QL
Buprenorphine	1	QL
Buprenorphine/Naloxone	1	QL
<b>Chantix</b>	3	QL
Naltrexone Tab	1	
<b>Narcan</b>	2	
<b>Reset</b>	2	
<b>Reset-O</b>	2	
<b>Zubsolv</b>	2	QL
<b>Antiinfecciosos: Antibióticos</b>		
Amoxicillin	1	
Amoxicillin/Clavulanate	1	
<b>Azasite</b>	3	
Azithromycin	1	
<b>Bethkis</b>	2	SP
Cefdinir	1	
Cefuroxime Tab	1	
Cephalexin	1	
<b>Ciprodex Otic Suspension</b>	2	
Ciprofloxacin Tab	1	
Clarithromycin Tab	1	
Clindamycin Cap	1	
<b>Dificid</b>	3	
Doxycycline Hyclate	1	
Doxycycline Monohydrate	1	
Levofloxacin Tab	1	
Metronidazole Tab	1	
Minocycline Cap	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Neomycin/Polymyxin/HC Otic	1	
Nitrofurantoin Macrocrystals	1	
Nitrofurantoin Monohydrate Macrocrystals	1	
<b>Nuzyra</b>	3	PA
Ofloxacin Otic Solution	1	
<b>Otovel</b>	3	
Penicillin VK	1	
<b>Solosec</b>	3	
Sulfamethoxazole/Trimethoprim	1	
<b>TOBI Podhaler</b>	3	PA, QL, SP
Tobramycin Nebulization Solution	1	PA, SP
<b>Xenleta</b>	3	
<b>Antiinfecciosos: Antifúngicos</b>		
<b>Cresemba</b>	3	
Fluconazole	1	
<b>Kerydin</b>	3	PA
Nystatin Suspension	1	
Terbinafine Tab	1	QL
<b>Antiinfecciosos: Antivirales</b>		
Acyclovir Cap, Tab	1	
Entecavir	1	QL, SP
<b>Epclusa</b>	2	PA, QL, SP
<b>Harvoni</b>	2	PA, QL, SP
<b>Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA)</b>	E	SP
<b>Mavyret</b>	2	PA, QL, SP
Oseltamivir	1	QL
<b>Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa ABA)</b>	E	SP
<b>Tamiflu Cap</b>	3	QL
Valacyclovir	1	QL
<b>Vemlidy</b>	3	SP

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Vosevi	2	PA, QL, SP
Xofluza	3	QL
<b>Trastornos de la Sangre</b>		
Adynovate	3	SP
Afstyla	3	SP
Aranesp	2	PA, SP
Eloctate	3	SP
Jivi	3	SP
Mulpleta	2	PA, SP
Neulasta	3	PA, SP
Neulasta Onpro	3	PA, SP
Nivestym	2	PA, SP
Novoeight	2	SP
Nuwiq	2	SP
Retacrit	2	PA, SP
Ultomiris	3	PA, SP
Zarxio	2	PA, SP
Ziextenzo	3	PA, SP
<b>Cáncer</b>		
Anastrozole Tab	1	
Cabometyx	2	PA, SP
Capecitabine	1	SP
Ibrance	3	PA, SP
Idhifa	3	PA, QL, SP
Imatinib Mesylate	1	PA, SP
Imbruvica	3	PA, SP
Kanjinti	2	PA, SP
Letrozole	1	
Lynparza	2	PA, SP
Mvasi	2	PA, SP
Nubeqa	3	PA, SP
Revlimid	2	PA, SP
Rubraca	2	PA, SP
Ruxience	2	PA, SP
Sprycel	2	PA, SP
Tamoxifen Tab	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Targretin Gel</b>	3	PA, SP
Temozolomide	1	PA, SP
<b>Trazimera</b>	2	PA, SP
<b>Xtandi</b>	3	PA, SP
<b>Zejula</b>	2	PA, SP
<b>Zirabev</b>	2	PA, SP
<b>Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Anticoagulantes</b>		
<b>Brilinta</b>	2	
Clopidogrel	1	
<b>Eliquis</b>	2	QL
Enoxaparin	1	
<b>Pradaxa</b>	2	QL
Prasugrel	1	
Warfarin	1	
<b>Xarelto</b>	2	QL
<b>Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Alta Presion Sangui</b>		
Amlodipine	1	
Amlodipine/Benazepril	1	
Amlodipine/Olmesartan	1	
Amlodipine/Olmesartan/HCTZ	1	
Amlodipine/Valsartan	1	
Atenolol	1	
Atenolol/Chlorthalidone	1	
Benazepril	1	
Bisoprolol	1	
Bisoprolol/HCTZ	1	
Bumetanide	1	
<b>Bystolic</b>	2	
Candesartan	1	
Cartia XT	1	
Carvedilol	1	
Chlorthalidone	1	
Clonidine Tab	1	
Dilt-XR	1	
Diltiazem ER	1	
Doxazosin	1	
<b>Edarbi</b>	3	ST
<b>Edarbyclor</b>	3	ST

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Enalapril	1	
Furosemide	1	
Guanfacine	1	
Hydralazine	1	
Hydrochlorothiazide	1	
Irbesartan	1	
Irbesartan/HCTZ	1	
Labetalol	1	
Lisinopril	1	
Lisinopril/HCTZ	1	
Losartan	1	
Losartan/HCTZ	1	
Metoprolol Succinate ER	1	
Metoprolol Tartrate	1	
Nadolol	1	
Nifedipine ER	1	
Nifedipine ER Osmotic	1	
Olmesartan	1	
Olmesartan/HCTZ	1	
Prazosin	1	
Propranolol	1	
Propranolol ER	1	
Ramipril	1	
Spirolactone	1	
<b>Tektuna</b>	2	ST
<b>Tektuna HCT</b>	2	ST
Telmisartan	1	
Telmisartan/HCTZ	1	
Torsemide Tab	1	
Triamterene/HCTZ	1	
Valsartan	1	
Valsartan/HCTZ	1	
Verapamil ER	1	
<b>Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Colesterol Alto</b>		
Atorvastatin	1	
Ezetimibe	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Ezetimibe/Simvastatin	1	
Fenofibrate	1	
Fenofibrate Micronized	1	
Fenofibric Acid	1	
Gemfibrozil	1	
<b>Livalo</b>	3	ST
Lovastatin	1	
<b>Nexletol</b>	2	PA, QL
<b>Nexlizet</b>	2	PA, QL
Omega-3 Acid	1	
<b>Praluent</b>	2	PA, QL
Pravastatin	1	
<b>Repatha</b>	2	PA, QL
Rosuvastatin	1	
Simvastatin	1	
<b>Vascepa</b>	2	
<b>Cardiovascular/Enfermedad Cardíaca: Otro</b>		
Amiodarone	1	
<b>Corlanor</b>	3	PA, QL
Digoxin	1	
<b>Entresto</b>	2	QL
Flecainide	1	
Isosorbide Mononitrate ER	1	
<b>Multaq</b>	3	
Nitroglycerin SL	1	
Ranolazine ER	1	
Sotalol	1	
<b>Cardiovascular/Enfermedad del Corazón: Hipertensión Arterial Pulmonar</b>		
<b>Adempas</b>	2	PA, QL, SP
<b>Opsumit</b>	2	PA, QL, SP
<b>Orenitram</b>	3	PA, SP
Sildenafil Tab 20mg	1	PA, QL

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Sistema Nervioso Central: Alzheimer/Demencia</b>		
Donepezil	1	
Memantine	1	
<b>Namzaric</b>	2	QL
<b>Sistema Nervioso Central: Antipsicóticos</b>		
Aripiprazole	1	QL
<b>Aristada</b>	3	
<b>Aristada Inicio</b>	3	
<b>Invega Sustenna</b>	3	
<b>Invega Trinza</b>	3	
<b>Latuda</b>	3	QL
Olanzapine	1	
<b>Perseris</b>	3	
Quetiapine	1	
<b>Rexulti</b>	3	QL
Risperidone	1	
<b>Saphris</b>	2	QL
<b>Vraylar</b>	3	QL, ST
Ziprasidone	1	
<b>Sistema Nervioso Central: Desorden de Déficit de Atención</b>		
<b>Adderall XR</b>	3	ST
Amphetamine/ Dextroamphetamine	1	
Amphetamine/ Dextroamphetamine ER	1	
Atomoxetine	1	
Dexmethylphenidate	1	
Dexmethylphenidate ER	1	
<b>Evekeo ODT</b>	3	
Guanfacine ER	1	
<b>Jornay PM</b>	3	ST
Methylphenidate ER	1	
Methylphenidate ER (LA)	1	
Methylphenidate ER (XR)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Methylphenidate Tab	1	
<b>Vyvanse</b>	2	
<b>Sistema Nervioso Central: Depresión</b>		
Amitriptyline	1	
Bupropion	1	
Bupropion SR	1	QL
Bupropion XL 150mg, 300mg	1	QL
<b>Bupropion XL 450mg (Forfivo XL ABA)</b>	3	QL
Citalopram	1	
Desvenlafaxine ER	1	QL
Doxepin	1	
Duloxetine	1	QL
Escitalopram Tab	1	
Fluoxetine	1	
Fluvoxamine	1	
<b>Forfivo XL</b>	3	QL
Mirtazapine	1	
Nortriptyline	1	
Paroxetine Tab	1	
Sertraline	1	
Trazodone	1	
<b>Trintellix</b>	3	QL, ST
Venlafaxine	1	
Venlafaxine ER	1	
<b>Viibryd</b>	3	QL
<b>Sistema Nervioso Central: Migraña</b>		
<b>Aimovig</b>	2	PA, QL
Butalbital/ Acetaminophen/ Caffeine	1	
Eletriptan	1	QL
<b>Emgality</b>	2	PA, QL
<b>Nurtec</b>	2	PA, QL
Rizatriptan	1	QL

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Sumatriptan Tab	1	QL
Ubrelvy	2	PA, QL
<b>Sistema Nervioso Central: Esclerosis Múltiple</b>		
<b>Ampyra</b>	3	PA, QL, SP
<b>Aubagio</b>	3	PA, QL, SP
<b>Avonex</b>	2	PA, QL, SP
<b>Bafiertam</b>	2	PA, QL, SP
<b>Betaseron</b>	2	PA, QL, SP
<b>Copaxone</b>	2	PA, QL, SP
<b>Gilenya<sup>+</sup></b>	3	PA, QL, SP
Glatiramer	1	PA, QL, SP
<b>Mavenclad<sup>+</sup></b>	3	PA, SP
<b>Mayzent<sup>+</sup></b>	3	PA, QL, SP
<b>Rebif</b>	3	PA, QL, SP
<b>Tecfidera</b>	2	PA, QL, SP
<b>Vumerity</b>	2	PA, QL, SP

+ Nivel 3 preferido

### Sistema Nervioso Central: Otro

Alprazolam Tab	1	QL
Armodafinil	1	
<b>Austedo</b>	3	PA, QL, SP
Buspirone	1	
Diazepam Tab	1	
<b>Gralise</b>	3	PA, QL, ST
<b>Horizant</b>	3	PA, QL
Hydroxyzine HCL	1	
Hydroxyzine Pamoate	1	
Lithium	1	
Lithium ER	1	
Lorazepam Tab	1	
Modafinil	1	
<b>Sunosi</b>	2	PA, QL
<b>Tegsedi</b>	3	PA, SP
<b>Tiglutik</b>	3	PA, QL, SP
<b>Wakix</b>	3	PA, QL, SP
<b>Xyrem</b>	3	PA, QL, SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Sistema Nervioso Central: Enfermedad de Parkinson</b>		
Benzotropine	1	
Carbidopa/Levodopa	1	
<b>Inbrija</b>	3	PA, SP
<b>Nourianz</b>	3	
Pramipexole	1	
Ropinirole	1	
<b>Rytary</b>	3	ST
<b>Sistema Nervioso Central: Sedantes/Hipnóticos</b>		
Eszopiclone Tab	1	QL
<b>Silenor</b>	3	QL
Temazepam	1	
Triazolam	1	QL
Zolpidem	1	QL
Zolpidem ER	1	QL
<b>Sistema Nervioso Central: Trastornos Convulsivos</b>		
<b>Briavact</b>	3	ST
Carbamazepine	1	
Clonazepam	1	QL
Divalproex DR	1	
Divalproex ER	1	
<b>Epidiolex</b>	3	PA, SP
<b>Fycompa</b>	3	
Gabapentin	1	
Lamotrigine	1	
Lamotrigine ER	1	
Levetiracetam	1	
<b>Nayzilam</b>	3	QL
Oxcarbazepine	1	
Pregabalin	1	QL
<b>Sympazan</b>	3	PA
Topiramate	1	
<b>Trokendi XR</b>	3	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Valtoco</b>	3	QL
<b>Vimpat</b>	3	
<b>Xcopri</b>	3	ST
Zonisamide	1	
<b>Dermatología</b>		
<b>Aczone Gel 7.5%</b>	2	
<b>Amzeeq</b>	3	ST
Betamethasone Cream	1	
<b>Bryhali</b>	3	
Ciclopirox Solution	1	
Clindamycin Lotion, Solution, Swab	1	
Clindamycin Phosphate 1% Gel	1	
<b>Clindamycin Phosphate 1% Gel</b>	3	ST
Clindamycin/Benzoyl Peroxide Gel 1-5%	1	
Clobetasol Cream, Ointment, Solution	1	
Clotrimazole/Betamethasone Cream	1	
Clotrimazole Cream	1	
<b>Enstilar</b>	3	QL
<b>Epiduo Forte</b>	3	
<b>Eucrisa</b>	2	ST
<b>Finacea Gel</b>	3	ST
Fluocinonide Cream	1	
<b>Fluoroplex</b>	3	
Fluorouracil Cream 5%	1	
Hydrocortisone Cream, Ointment	1	
Ketoconazole Cream, Shampoo	1	
Lidocaine/Prilocaine Cream	1	
Metronidazole Cream, Gel	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Mirvaso Gel</b>	3	
Mometasone Cream	1	
Mupirocin Cream, Ointment	1	
Nystatin Cream	1	
<b>Onexton</b>	3	
<b>Retin-A Micro 0.06%, 0.08%</b>	2	PA
<b>Sernivo</b>	3	
<b>Soolantra</b>	3	
<b>Taclonex</b>	3	QL
Tacrolimus Ointment	1	
Tretinoin Cream	1	PA
Triamcinolone Cream, Ointment	1	
<b>Xepi</b>	3	
<b>Ximino</b>	3	
<b>Diabetes/Endocrino: Monitoreo de Glucosa</b>		
<b>Accu-Chek FastClix Lancet Kit</b>	2	
<b>Accu-Chek Guide Test Strips</b>	3	QL
<b>Accu-Chek Softclix Lancet Device Kit</b>	2	
<b>BD Autosshield Duo Pen Needles</b>	2	
<b>BD Ultra-Fine Insulin Syringes</b>	2	
<b>BD Ultra-Fine Pen Needles</b>	2	
<b>BD Veo Ultra-Fine Insulin Syringes</b>	2	
<b>Contour Control</b>	2	
<b>Contour Monitor</b>	2	
<b>Contour Next Control</b>	2	
<b>Contour Next Monitor</b>	2	
<b>Contour Next Test Strips</b>	2	QL
<b>Contour Test Strips</b>	2	QL

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Dexcom G4 / G5 / G6 Receiver, Transmitter, Sensor (including Platinum, Platinum Pediatric)	2	
FreeStyle Libre 14 Day Reader, Sensor	2	
FreeStyle Libre Reader, Sensor System	2	
Novofine Autocover Pen Needle	2	
Novofine Pen Needle	2	
Novofine Plus Pen Needle	2	
Novotwist Pen Needle	2	
OneTouch Ultra	3	
OneTouch Verio Test Strips	3	QL
V-Go 20	2	
V-Go 30	2	
V-Go 40	2	
<b>Diabetes/Endocrino: Insulina</b>		
Humalog Vials	2	
Humalog KwikPen	2	
Humalog Mix 50/50 Vials and KwikPen	2	
Humalog Mix 75/25 Vials and KwikPen	2	
Humalog U-100 Junior KwikPen	2	
Humulin 70/30 Vials and KwikPen	2	
Humulin N Vials and KwikPen	2	
Humulin R U-500 Vials and KwikPen	2	
Humulin R Vials	2	
Insulin Aspart (Novolog ABA)	E	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Insulin Aspart Flexpen (Novolog FlexPen ABA)	E	
Insulin Aspart Mix 70/30 (Novolog Mix 70/30 ABA)	E	
Insulin Aspart Mix 70/30 FlexPen (Novolog Mix 70/30 FlexPen ABA)	E	
Insulin Aspart Penfill (Novolog Penfill ABA)	E	
Insulin Lispro (Humalog ABA)	E	
Insulin Lispro Junior KwikPen (Humalog Junior KwikPen ABA)	E	
Insulin Lispro KwikPen (Humalog KwikPen ABA)	E	
Insulin Lispro Mix 75/25 KwikPen (Humalog Mix 75/25 KwikPen ABA)	E	
Lantus Solostar	2	
Lantus U-100 Vials	2	
Levemir U-100 FlexTouch	2	
Levemir U-100 Vials	2	
Novolin 70/30 Vials and Flexpen	2	
Novolin N Vials and Flexpen	2	
Novolin N Vials	2	
Novolin R Vials and Flexpen	2	
Novolin R Vials	2	
Novolog Flexpen	2	
Novolog Mix 70/30 Vials and Flexpen	2	
Novolog Penfill	2	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Novolog U-100 Vials</b>	2	
<b>Soliqua</b>	2	QL, ST
<b>Toujeo Max SoloStar</b>	2	
<b>Toujeo SoloStar</b>	2	
<b>Tresiba</b>	2	
<b>Tresiba FlexTouch</b>	2	
<b>Diabetes/Endocrino: Sin Insulina</b>		
<b>Baqsimi</b>	2	
<b>Bydureon</b>	2	QL, ST
<b>Bydureon Bcise</b>	2	QL, ST
<b>Byetta</b>	2	QL, ST
<b>Farxiga</b>	2	ST
Glimepiride	1	
Glipizide	1	
Glipizide ER	1	
<b>Glucagon Emergency Kit (Fresenius manufacturer)</b>	2	
<b>Glucagon Emergency Kit (Lilly manufacturer)</b>	2	
Glyburide	1	
<b>Glyxambi</b>	2	ST
<b>Gvoke PFS</b>	2	
<b>Invokana</b>	3	ST
<b>Janumet</b>	2	ST
<b>Janumet XR</b>	2	ST
<b>Januvia</b>	2	ST
<b>Jardiance</b>	2	ST
<b>Jentaduetto</b>	2	ST
<b>Jentaduetto XR</b>	2	ST
Metformin	1	
Metformin ER	1	
Metformin ER Modified Release (generic <b>Glumetza</b> )	1	PA
Metformin ER Osmotic (generic <b>Fortamet</b> )	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Ozempic</b>	2	QL, ST
Pioglitazone	1	
<b>Rybelsus</b>	2	QL, ST
<b>SymlinPen</b>	3	
<b>Synjardy</b>	2	ST
<b>Synjardy XR</b>	2	ST
<b>Tradjenta</b>	2	ST
<b>Trijardy XR</b>	2	ST
<b>Trulicity</b>	2	QL, ST
<b>Victoza</b>	2	QL, ST
<b>Xigduo XR</b>	2	ST
<b>Endocrino: Hormona de Crecimiento</b>		
<b>Norditropin FlexPro</b>	2	PA, SP
<b>Nutropin AQ NuSpin</b>	2	PA, SP
<b>Endocrino: Otras</b>		
<b>Acthar</b>	2	PA, SP
Cabergoline	1	
Calcitriol Cap	1	
Dexamethasone Tab	1	
Hydrocortisone Tab	1	
<b>Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg</b>	2	PA, SP
Methylprednisolone Tab	1	
<b>Osphena</b>	3	
Prednisone	1	
Prednisolone Sodium Phosphate Solution	1	
Prednisolone Solution	1	
<b>TaperDex 6-Day</b>	3	
<b>TaperDex 7-Day</b>	3	
<b>TaperDex 12-Day</b>	3	
<b>Endocrino: Reemplazo de Hormona Tiroidea</b>		
<b>Armour Thyroid</b>	3	ST
Euthyrox	1	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Levothyroxine	1	
Levoxyl	1	
Liothyronine	1	
Methimazole	1	
<b>Nature-Thyroid</b>	3	ST
NP Thyroid 60mg	1	
<b>Synthroid</b>	3	ST
<b>Tirosint</b>	3	

### Condiciones de los Ojos: Alergias

Olopatadine Ophthalmic	1	
<b>Pazeo</b>	2	

### Condiciones de los Ojos: Antibióticos

<b>Besivance</b>	3	
Ciprofloxacin Ophthalmic	1	
Erythromycin Ophthalmic	1	
<b>Moxeza</b>	2	
<b>Moxifloxacin Intraocular Solution</b>	3	
Moxifloxacin Ophthalmic	1	
Ofloxacin Ophthalmic	1	
Polymyxin B/ Trimethoprim Ophthalmic	1	
Tobramycin/ Dexamethasone Ophthalmic	1	

### Condiciones de los Ojos: Glaucomaer

<b>Alphagan P</b>	2	
<b>Azopt</b>	2	
<b>Betimol</b>	3	
Brimonidine Ophthalmic	1	
<b>Combigan</b>	2	
Dorzolamide/Timolol	1	
Latanoprost	1	QL
<b>Lumigan</b>	2	QL
<b>Rhopressa</b>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Rocklatan</b>	3	QL
<b>Simbrinza</b>	2	
Timolol Ophthalmic	1	
<b>Zioptan</b>	3	QL

### Condiciones de los Ojos: Otras

<b>Inveltys</b>	3	
Ketorolac Ophthalmic	1	
<b>Lotemax Gel, Ointment</b>	3	
<b>Lotemax SM</b>	3	
Prednisolone Ophthalmic	1	
<b>Prolensa</b>	2	QL
<b>Restasis</b>	2	PA
<b>Restasis Multidose</b>	2	PA
<b>Xiidra</b>	2	PA

### Gastrointestinal: Supresión de Acido

<b>Dexilant</b>	2	QL
Esomeprazole Magnesium (Rx only)	1	QL
Famotidine (Rx only)	1	
Lansoprazole (Rx only)	1	QL
Omeprazole (Rx only)	1	QL
Pantoprazole	1	QL
Rabeprazole	1	QL
Sucralfate Tab	1	

### Gastrointestinal: Inflamatorio Enfermedad Gastrointestinal

<b>Apriso</b>	2	
<b>Dipentum</b>	3	
<b>Lialda</b>	3	
Mesalamine DR	1	
<b>Pentasa</b>	3	
<b>Proctofoam-HC</b>	2	
Sulfasalazine	1	
<b>Uceris Rectal</b>	3	

### Gastrointestinal: Náuseas/Vómitos

Meclizine	1	
-----------	---	--

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Metoclopramide	1	
Ondansetron ODT	1	
Ondansetron Tab 4mg, 8mg	1	
Prochlorperazine	1	
Scopolamine	1	
<b>Varubi</b>	3	QL
<b>Gastrointestinal: Otro</b>		
<b>Clenpiq</b>	3	
<b>Creon</b>	2	
Dicyclomine	1	
Diphenoxylate/Atropine	1	
Gavilyte-G Solution	1	
Glycopyrrolate Tab 1mg, 2mg	1	
<b>Glycopyrrolate Tab 1.5mg</b>	3	
Hyoscyamine Sulfate SL	1	
Lactulose	1	
<b>Linress</b>	2	QL, ST
<b>Motegrity</b>	3	QL, ST
<b>Movantik</b>	2	QL, ST
<b>Omeclamox-Pak</b>	2	
<b>Pylera</b>	2	
<b>Suprep Bowel Prep</b>	3	
<b>Symproic</b>	2	QL, ST
<b>Trulance</b>	3	QL, ST
<b>Viberzi</b>	3	PA, QL
<b>Zelnorm</b>	3	PA, QL
<b>Zenpep</b>	2	
<b>Gota</b>		
Allopurinol	1	
Colchicine Tab	1	
Febuxostat	1	
<b>VIH/SIDA</b>		
<b>Biktarvy</b>	3	
<b>Cimduo</b>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Descovy</b>	3	
<b>Dovato</b>	2	
<b>Genvoya</b>	3	
<b>Juluca</b>	2	
<b>Odefsey</b>	3	
<b>Prezcobix</b>	2	
<b>Symfi</b>	2	
<b>Symfi Lo</b>	2	
<b>Tivicay</b>	2	
<b>Triumeq</b>	2	
<b>Truvada 200/300mg</b>	3	
<b>Esterilidad</b>		
<b>Follistim AQ</b>	2	PA, SP
Ganirelix	1	SP
<b>Condiciones Inflammatorias</b>		
<b>Actemra<sup>+</sup></b>	3	PA, SP
<b>Cimzia</b>	2	PA, SP
<b>Cosentyx</b>	3	PA, SP
<b>Enbrel</b>	3	PA, SP
<b>Humira</b>	2	PA, SP
Hydroxychloroquine	1	
<b>Inflectra</b>	2	PA, SP
Leflunomide	1	
Methotrexate	1	
<b>Orencia<sup>+</sup></b>	3	PA, SP
<b>Otezla</b>	2	PA, SP
<b>Rasuvo</b>	2	PA, QL
<b>Renflexis</b>	2	PA, SP
<b>Rinvoq</b>	2	PA, SP
<b>Simponi</b>	2	PA, SP
<b>Skyrizi</b>	2	PA, SP
<b>Stelara</b>	2	PA, QL, SP
<b>Taltz<sup>+</sup></b>	3	PA, SP
<b>Tremfya</b>	2	PA, SP
<b>Xeljanz</b>	2	PA, SP
<b>Xeljanz XR</b>	2	PA, SP

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
*Nivel 3 preferido		
<b>Salud de los Hombres: Disfuncion Erectil</b>		
Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg	1	QL
<b>Stendra</b>	3	QL
Tadalafil	1	QL
<b>Salud del Hombre: Próstata</b>		
Alfuzosin ER	1	
Dutasteride	1	
Finasteride 5mg	1	
Tamsulosin	1	
Terazosin	1	
<b>Salud de los Hombres: Terapia de Testosterona</b>		
<b>Androderm</b>	2	PA
Testosterone Cypionate IM Injection	1	PA
Testosterone Gel 1%, 1.62%, 2%	1	PA
<b>Xyosted</b>	3	PA
<b>Diverso</b>		
<b>Addyi</b>	3	PA, QL
<b>Arakoda</b>	3	
<b>Auryxia</b>	3	
Benzonatate	1	
<b>Botox (non-cosmetic)</b>	2	PA, SP
<b>Cerdelga</b>	3	PA, SP
Chlorhexidine	1	
<b>Depen Titratabs</b>	2	SP
<b>Dupixent</b>	2	PA, QL, SP
<b>Emverm</b>	2	
<b>Endari</b>	3	PA
Epinephrine Auto-Injector	1	
<b>Epipen</b>	3	ST
<b>Epipen Jr</b>	3	ST
<b>Fasenra</b>	2	PA, SP
<b>Firazyr</b>	3	PA, SP

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Haegarda</b>	3	PA, SP
<b>Hemangeol</b>	3	
Hydrocodone Polistirex/ Chlorpheniramine Polistirex Suspension	1	
Lidocaine Viscous	1	
<b>Makena</b>	2	PA, SP
<b>Nityr</b>	3	PA, SP
<b>Nocurna</b>	3	
<b>Nucala</b>	2	PA, QL, SP
<b>Orilissa</b>	2	PA, QL
Phenazopyridine (Rx only)	1	
Promethazine	1	
Promethazine DM	1	
Promethazine/Codeine	1	QL
Pseudoephedrine/ Brompheniramine/DM Syrup	1	
<b>Pulmozyme</b>	2	PA, SP
<b>Qbrezza</b>	3	QL
<b>Royaldee</b>	3	
<b>Ruconest</b>	3	PA, SP
<b>Strensiq</b>	2	PA, SP
<b>Symjepi</b>	3	
<b>Takhzyro</b>	3	PA, SP
<b>Trikafta</b>	3	PA, QL, SP
<b>Velphoro</b>	3	
<b>Vyleesi</b>	3	PA, QL
<b>Xembify</b>	3	PA, SP
<b>Musculoquelético: Osteoartritis</b>		
<b>Durolane</b>	2	PA, SP
<b>Euflexxa</b>	2	PA, SP
<b>Gelsyn-3</b>	2	PA, SP
<b>Musculoquelético: Osteoporosis</b>		
Alendronate Tab	1	QL
<b>Binosto</b>	3	QL

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Forteo</b>	2	PA, SP
Ibandronate	1	QL
<b>Prolia</b>	2	PA, QL, SP
<b>Tymlos</b>	2	PA, SP
<b>Musculoesquelético: Otro</b>		
Baclofen Tab	1	
Carisoprodol	1	
Cyclobenzaprine Tab	1	
<b>Lorzone</b>	3	
Metaxalone	1	
Methocarbamol	1	
Tizanidine Tab	1	
<b>Musculoesquelético: Alivio del Dolor</b>		
Acetaminophen w/ Codeine	1	QL
Acetaminophen w/ Codeine #2, #3, #4	1	QL
Acetaminophen/Caffeine/Dihydrocodeine	1	QL
<b>Belbuca</b>	2	PA, QL
Celecoxib	1	QL
Diclofenac Gel 1%	1	QL
Diclofenac Tab	1	
Etodolac	1	
Fentanyl Patch	1	PA, QL
Hydrocodone/Acetaminophen	1	QL
Hydromorphone Tab	1	QL
<b>Hysingla ER</b>	2	PA, QL
Ibuprofen Tab 400mg, 600mg, 800 mg (Rx only)	1	
<b>Indomethacin Cap 20mg</b>	3	
Indomethacin Cap 25mg, 50mg	1	
Ketorolac Tab	1	QL
Lidocaine Patch	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Meloxicam	1	
Morphine Sulfate ER	1	PA, QL
Nabumetone	1	
<b>Naprelan</b>	3	
Naproxen (Rx only)	1	
<b>Nucynta</b>	3	QL
Oxycodone w/ Acetaminophen	1	QL
Oxycodone Tab	1	QL
<b>Oxycontin</b>	2	PA, QL
Tramadol	1	QL
<b>Trezix</b>	3	QL
<b>Xtampza ER</b>	2	PA, QL
<b>Vejiga Hiperactiva</b>		
<b>Myrbetriq</b>	2	
Oxybutynin	1	
Oxybutynin ER	1	
Solifenacin	1	
Tolterodine ER	1	
<b>Toviaz</b>	3	
<b>Respiratorio: Asma/EPOC</b>		
<b>Advair Diskus</b>	2	QL
<b>Advair HFA</b>	2	QL
Albuterol HFA	1	QL
<b>Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA)</b>	E	
Albuterol Inhalation Solution	1	QL
<b>Anoro Ellipta</b>	2	QL
<b>Arnuity Ellipta</b>	2	QL
<b>Atrovent HFA</b>	3	QL
<b>Breo Ellipta</b>	2	QL
Budesonide Inhalation Suspension	1	QL
<b>Budesonide/Formoterol (Symbicort ABA)</b>	E	
<b>Combivent Respimat</b>	2	QL

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Flovent Diskus</b>	2	QL
<b>Flovent HFA</b>	2	QL
Fluticasone/Salmeterol	1	QL
<b>Incruse Ellipta</b>	2	QL, ST
Ipratropium/Albuterol	1	QL
<b>Lonhala Magnair</b>	3	QL
Montelukast	1	
<b>Perforomist</b>	3	QL
<b>Proair HFA</b>	3	QL, ST
<b>Proair RespiClick</b>	3	QL, ST
<b>Pulmicort Flexhaler</b>	2	QL
<b>Qvar Redihaler</b>	2	QL
<b>Serevent Diskus</b>	2	QL
<b>Spiriva Handihaler</b>	2	QL
<b>Spiriva Respimat</b>	2	QL
<b>Stiolto Respimat</b>	2	QL
<b>Striverdi Respimat</b>	2	QL
<b>Symbicort</b>	2	QL
<b>Trelegy Ellipta</b>	2	QL
<b>Ventolin HFA</b>	3	QL, ST
Wixela Inhub	1	QL
<b>Xolair</b>	2	PA, SP
<b>Yupelri</b>	3	QL

### Respiratorio: Alergias Nasales

Azelastine Spray	1	QL
<b>Dymista Spray</b>	2	QL
Fluticasone Spray	1	
Ipratropium Spray	1	
Mometasone Spray	1	QL
<b>Omnaris</b>	3	QL
<b>QNasi</b>	3	QL
<b>Zetonna</b>	3	QL

### Respiratorio: Alergias Orales

Cetirizine Solution	1	
Cyproheptadine Tab	1	
Levocetirizine	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
<b>Trasplante</b>		
Azathioprine Tab	1	
Cyclosporine Modified Cap	1	
Mycophenolate Mofetil	1	
Mycophenolate Sodium	1	
<b>Prograf</b>	3	
Sirolimus	1	
Tacrolimus Cap	1	

### Vitaminas/Electrolitos

Cyanocobalamine Injection 1000mcg/mL	1	
Folic Acid 0.8mg, 1mg (Rx only)	1	
<b>Lokelma</b>	3	
Multivitamin/Fluoride Chewable Tab	1	
<b>Nascobal</b>	3	
Potassium Chloride Crys ER	1	
Potassium Chloride ER	1	
Potassium Citrate ER	1	
Sodium Fluoride Chewable Tab	1	
<b>Veltassa</b>	3	
Vitamin D (ergocalciferol) (Rx only)	1	

### Manejo de la Pérdida de Peso

Phentermine	1	PA
<b>Qsymia</b>	3	PA
<b>Saxenda</b>	3	PA

### Control de la Natalidad

Apri	1	
Aviane	1	
Blisovi Fe	1	
Cryselle-28	1	
Drospirenone/Ethinyl Estradiol	1	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Eluryng	1	
Enskyce	1	
Estartylla	1	
Etonogestrel/Ethinyl Estradiol	1	
Femynor	1	
Gianvi	1	
Isibloom	1	
Junel	1	
Junel Fe	1	
Kariva	1	
Kurvelo	1	
Larin Fe 1/20	1	
Larissia	1	
Lessina	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol	1	
Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol and Ethinyl Estradiol	1	
<b>Lo Loestrin Fe</b>	3	
Low-Ogestrel	1	
Medroxyprogesterone Acetate Injection	1	QL
Microgestin Fe 1/20	1	
<b>Mirena</b>	3	
Mono-Linyah	1	
<b>Natazia</b>	2	
Nikki	1	
Norethindrone	1	
Norethindrone/Ethinyl Estradiol	1	
Norgestimate/Ethinyl Estradiol	1	
Nortrel	1	
<b>Nuvaring</b>	3	
Sprintec 28	1	
Sronyx	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Syeda	1	
<b>Taytulla</b>	3	
Tri Femynor	1	
Tri-Lo-Marzia	1	
Tri-Lo-Sprintec	1	
Tri-Previfem	1	
Tri-Sprintec	1	
Vienna	1	
Viorele	1	
Xulane	1	

### La Salud de la Mujer: Reemplazo Hormona

<b>Bijuva</b>	3	
<b>Climara Pro</b>	2	
<b>Divigel</b>	3	
Dotti	1	
<b>Duavee</b>	2	
<b>Elestrin Gel</b>	3	
<b>Endometrin</b>	2	
Estradiol Patch, Tab, Vaginal Cream	1	
<b>EstroGel</b>	3	
<b>Evamist</b>	3	
<b>Imvexxy</b>	3	
Medroxyprogesterone Acetate Tab	1	
<b>Minivelle</b>	3	
<b>Premarin Tab</b>	2	
<b>Premarin Vaginal Cream</b>	2	
<b>Premphase</b>	2	
<b>Prempro</b>	2	
Progesterone Micronized Cap	1	

### La Salud de La Mujer: Antiinfecciosos Vaginales

<b>Clindesse</b>	3	
<b>Gynazole-1 Vaginal Cream</b>	3	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	PROGRAMAS Y LIMITES
Metronidazole Vaginal Gel	1	
Terconazole Vaginal Cream	1	

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

# Índice

## A

Absorica .....	8
Absorica LD .....	8
Accu-Chek FastClix Lancet Kit .....	13
Accu-Chek Guide Test Strips .....	13
Accu-Chek Softclix Lancet Device Kit.....	13
Acetaminophen w/ Codeine .....	19
Acetaminophen w/ Codeine #2, #3, #4 .....	19
Acetaminophen/Caffeine/ Dihydrocodeine .....	19
Actemra.....	17
Acthar.....	15
Acyclovir Cap, Tab .....	8
Aczone Gel 7.5% .....	13
Adderall XR.....	11
Addyi .....	18
Adempas .....	10
Advair Diskus.....	19
Advair HFA .....	19
Adynovate .....	9
Afstyła .....	9
Aimovig .....	11
Albuterol HFA.....	19
Albuterol HFA (Ventolin HFA ABA).....	19
Albuterol Inhalation Solution.....	19
Alendronate Tab .....	18
Alfuzosin ER.....	18
Allopurinol .....	17
Alphagan P .....	16
Alprazolam Tab .....	12
Amiodarone .....	10
Amitriptyline .....	11
Amlodipine.....	9
Amlodipine/Benazepril .....	9
Amlodipine/Olmesartan .....	9
Amlodipine/Olmesartan/HCTZ .....	9
Amlodipine/Valsartan .....	9
Amoxicillin.....	8
Amoxicillin/Clavulanate .....	8
Amphetamine/ Dextroamphetamine .....	11
Amphetamine/Dextroamphetamine ER.....	11
Ampyra .....	12
Amzeeq .....	13
Anastrozole Tab .....	9
Androderm .....	18
Anoro Ellipta .....	19
Apri .....	20
Apriso.....	16
Arakoda.....	18
Aranesp.....	9
Aripiprazole.....	11
Aristada.....	11
Aristada Initio .....	11
Armodafinil .....	12
Armour Thyroid .....	15
Arnuity Ellipta .....	19
Atenolol .....	9
Atenolol/Chlorthalidone .....	9
Atomoxetine .....	11
Atorvastatin .....	10
Atrovent HFA .....	19
Aubagio.....	12
Auryxia .....	18
Austedo.....	12
Aviane .....	20
Avonex .....	12
Azasite.....	8
Azathioprine Tab.....	20
Azelastine Spray.....	20
Azithromycin.....	8
Azopt.....	16
<b>B</b>	
Baclofen Tab .....	19
Bafiertam .....	12
Baqsimi .....	15
BD Autoschild Duo Pen Needles.....	13
BD Ultra-Fine Insulin Syringes.....	13
BD Ultra-Fine Pen Needles.....	13
BD Veo Ultra-Fine Insulin Syringes ..	13
Belbuca .....	19
Benazepril .....	9
Benzonatate.....	18
Benzotropine .....	12
Besivance .....	16
Betamethasone Cream .....	13
Betaseron.....	12
Bethkis .....	8
Betimol .....	16
Bijuva .....	21
Biktarvy.....	17
Binosto.....	18
Bisoprolol.....	9
Bisoprolol/HCTZ.....	9
Blisovi Fe.....	20
Botox (non-cosmetic) .....	18
Breo Ellipta .....	19
Brilinta .....	9
Brimonidine Ophthalmic .....	16
Briviact.....	12
Bryhali.....	13
Budesonide Inhalation Suspension..	19
Budesonide/Formoterol (Symbicort ABA).....	19
Bumetanide .....	9
Bunavail .....	8
Buprenorphine .....	8
Buprenorphine/Naloxone.....	8
Bupropion .....	11
Bupropion SR .....	11
Bupropion XL 150mg, 300mg .....	11
Bupropion XL 450mg (Forfivo XL ABA).....	11
Buspirone.....	12
Butalbital/Acetaminophen/Caffeine	11
Bydureon .....	15
Bydureon Bcise .....	15
Byetta .....	15
Bystolic .....	9
<b>C</b>	
Cabergoline.....	15
Cabometyx.....	9
Calcitriol Cap.....	15
Candesartan.....	9
Capecitabine .....	9
Carbamazepine.....	12
Carbidopa/Levodopa .....	12
Carisoprodol .....	19
Cartia XT .....	9
Carvedilol.....	9
Cefdinir .....	8
Cefuroxime Tab .....	8

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

Celecoxib.....19  
 Cephalexin .....8  
 Cerdelga .....18  
 Cetirizine Solution .....20  
 Chantix .....8  
 Chlorhexidine .....18  
 Chlorthalidone .....9  
 Ciclopirox Solution .....13  
 Cimduo.....17  
 Cimzia.....17  
 Ciprodex Otic Suspension .....8  
 Ciprofloxacin Ophthalmic .....16  
 Ciprofloxacin Tab .....8  
 Citalopram .....11  
 Claravis.....8  
 Clarithromycin Tab.....8  
 Clenpiq .....17  
 Climara Pro.....21  
 Clindamycin Cap.....8  
 Clindamycin Lotion, Solution, Swab .13  
 Clindamycin Phosphate 1% Gel .....13  
 Clindamycin Phosphate 1% Gel  
 (Clindagel ABA) .....13  
 Clindamycin/Benzoyl Peroxide Gel  
 1-5%.....13  
 Clindesse .....21  
 Clobetasol Cream, Ointment,  
 Solution.....13  
 Clonazepam .....12  
 Clonidine Tab .....9  
 Clopidogrel.....9  
 Clotrimazole Cream .....13  
 Clotrimazole/Betamethasone  
 Cream .....13  
 Colchicine Tab .....17  
 Combigan .....16  
 Combivent Respimat.....19  
 Contour Control .....13  
 Contour Monitor.....13  
 Contour Next Control.....13  
 Contour Next Monitor .....13  
 Contour Next Test Strips.....13  
 Contour Test Strips .....13  
 Copaxone .....12  
 Corlanor .....10  
 Cosentyx.....17  
 Creon.....17  
 Cresemba .....8  
 Cryselle-28 .....20

Cyanocobalamine Injection  
 1000mcg/mL.....20  
 Cyclobenzaprine Tab.....19  
 Cyclosporine Modified Cap .....20  
 Cyproheptadine Tab .....20

**D**

Depen Titratabs .....18  
 Descovy.....17  
 Desvenlafaxine ER.....11  
 Dexamethasone Tab .....15  
 Dexcom G4 / G5 / G6 Receiver,  
 Transmitter, Sensor (including  
 Platinum, Platinum Pediatric).....14  
 Dexilant.....16  
 Dexmethylphenidate .....11  
 Dexmethylphenidate ER .....11  
 Diazepam Tab .....12  
 Diclofenac Gel 1% .....19  
 Diclofenac Tab .....19  
 Dicyclomine .....17  
 Difucid .....8  
 Digoxin .....10  
 Diltiazem ER .....9  
 Dilt-XR .....9  
 Dipentum .....16  
 Diphenoxylate/Atropine .....17  
 Divalproex DR .....12  
 Divalproex ER .....12  
 Divigel .....21  
 Donepezil .....11  
 Dorzolamide/Timolol .....16  
 Dotti .....21  
 Dovato .....17  
 Doxazosin.....9  
 Doxepin.....11  
 Doxycycline Hyclate .....8  
 Doxycycline Monohydrate .....8  
 Drospirenone/Ethinyl Estradiol .....20  
 Duavee.....21  
 Duloxetine.....11  
 Dupixent .....18  
 Durolane .....18  
 Dutasteride .....18  
 Dymista Spray .....20

**E**

Edarbi.....9

Edarbyclor.....9  
 Elestrin Gel .....21  
 Eletriptan .....11  
 Eliquis .....9  
 Elocate.....9  
 Eluryng.....21  
 Emgality.....11  
 Emverm .....18  
 Enalapril.....10  
 Enbrel .....17  
 Endari.....18  
 Endometrin.....21  
 Enoxaparin.....9  
 Enskyce .....21  
 Enstilar .....13  
 Entecavir .....8  
 Entresto .....10  
 Eplclusa.....8  
 Epidiolex .....12  
 Epiduo Forte .....13  
 Epinephrine Auto-Injector .....18  
 Epipen.....18  
 Epipen Jr .....18  
 Erythromycin Ophthalmic.....16  
 Escitalopram Tab .....11  
 Esomeprazole Magnesium (Rx only) 16  
 Estarylla .....21  
 Estradiol Patch, Tab, Vaginal Cream 21  
 EstroGel .....21  
 Eszopiclone Tab .....12  
 Etodolac.....19  
 Etonogestrel/Ethinyl Estradiol .....21  
 Eucrisa .....13  
 Euflexxa .....18  
 Euthyrox .....15  
 Evamist .....21  
 Evekeo ODT .....11  
 Ezetimibe .....10  
 Ezetimibe/Simvastatin .....10

**F**

Famotidine (Rx only).....16  
 Farxiga .....15  
 Fasentra .....18  
 Febuxostat .....17  
 Femynor.....21  
 Fenofibrate .....10  
 Fenofibrate Micronized .....10  
 Fenofibric Acid .....10

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado



Fentanyl Patch .....19  
 Finacea Gel.....13  
 Finasteride 5mg .....18  
 Firazyr .....18  
 Flecainide .....10  
 Flovent Diskus .....20  
 Flovent HFA.....20  
 Fluconazole .....8  
 Fluocinonide Cream .....13  
 Fluoroplex .....13  
 Fluorouracil Cream 5%.....13  
 Fluoxetine .....11  
 Fluticasone Spray .....20  
 Fluticasone/Salmeterol .....20  
 Fluvoxamine.....11  
 Folic Acid 0.8mg, 1mg (Rx only) .....20  
 Follistim AQ.....17  
 Forfivo XL .....11  
 Forteo.....19  
 FreeStyle Libre 14 Day Reader,  
 Sensor .....14  
 FreeStyle Libre Reader, Sensor  
 System .....14  
 Furosemide .....10  
 Fycompa.....12

**G**

Gabapentin .....12  
 Ganirelix.....17  
 Gavilyte-G Solution .....17  
 Gelsyn-3 .....18  
 Gemfibrozil.....10  
 Genvoya .....17  
 Gianvi .....21  
 Gilenya .....12  
 Glatiramer .....12  
 Glimepiride .....15  
 Glipizide .....15  
 Glipizide ER .....15  
 Glucagon Emergency Kit (Fresenius  
 manufacturer) .....15  
 Glucagon Emergency Kit (Lilly  
 manufacturer) .....15  
 Glyburide.....15  
 Glycopyrrolate Tab 1.5mg.....17  
 Glycopyrrolate Tab 1mg, 2mg.....17  
 Glyxambi .....15  
 Gralise .....12  
 Guanfacine .....10

Guanfacine ER.....11  
 Gvoke PFS .....15  
 Gynazole-1 Vaginal Cream.....21

**H**

Haegarda.....18  
 Harvoni .....8  
 Hemangeol.....18  
 Horizant .....12  
 Humalog.....14  
 Humalog KwikPen .....14  
 Humalog Mix 50/50 Vials and  
 KwikPen .....14  
 Humalog Mix 75/25 Vials and  
 KwikPen .....14  
 Humalog U-100 Junior KwikPen.....14  
 Humalog Vials .....14  
 Humira .....17  
 Humulin 70/30 Vials and KwikPen...14  
 Humulin N Vials and KwikPen .....14  
 Humulin R U-500 Vials and KwikPen 14  
 Humulin R Vials.....14  
 Hydralazine .....10  
 Hydrochlorothiazide .....10  
 Hydrocodone Polistirex/  
 Chlorpheniramine Polistirex  
 Suspension .....18  
 Hydrocodone/Acetaminophen .....19  
 Hydrocortisone Cream, Ointment ...13  
 Hydrocortisone Tab .....15  
 Hydromorphone Tab .....19  
 Hydroxychloroquine .....17  
 Hydroxyzine HCL .....12  
 Hydroxyzine Pamoate.....12  
 Hyoscyamine Sulfate SL.....17  
 Hysingla ER.....19

**I**

Ibandronate .....19  
 Ibrance .....9  
 Ibuprofen Tab 400mg, 600mg,  
 800 mg (Rx only).....19  
 Idhifa.....9  
 Imatinib Mesylate .....9  
 Imbruvica .....9  
 Imvexxy .....21  
 Inbrija.....12  
 Incruse Ellipta .....20

Indomethacin Cap 20mg..... 19  
 Indomethacin Cap 25mg, 50mg..... 19  
 Inflectra ..... 17  
 Insulin Aspart (Novolog ABA) ..... 14  
 Insulin Aspart Flexpen (Novolog  
 FlexPen ABA) ..... 14  
 Insulin Aspart Mix 70/30 (Novolog  
 Mix 70/30 ABA) ..... 14  
 Insulin Aspart Mix 70/30 FlexPen  
 (Novolog Mix 70/30 FlexPen  
 ABA)..... 14  
 Insulin Aspart Penfill (Novolog Penfill  
 ABA)..... 14  
 Insulin Lispro (Humalog ABA) ..... 14  
 Insulin Lispro Junior KwikPen  
 (Humalog Junior KwikPen ABA)... 14  
 Insulin Lispro KwikPen (Humalog  
 KwikPen ABA) ..... 14  
 Insulin Lispro Mix 75/25 KwikPen  
 (Humalog Mix 75/25 KwikPen  
 ABA)..... 14  
 Invega Sustenna..... 11  
 Invega Trinza..... 11  
 Inveltys ..... 16  
 Invokana ..... 15  
 Ipratropium Spray..... 20  
 Ipratropium/Albuterol ..... 20  
 Irbesartan ..... 10  
 Irbesartan/HCTZ ..... 10  
 Isibloom ..... 21  
 Isosorbide Mononitrate ER..... 10

**J**

Janumet ..... 15  
 Janumet XR..... 15  
 Januvia ..... 15  
 Jardiance..... 15  
 Jentadueto..... 15  
 Jentadueto XR..... 15  
 Jivi ..... 9  
 Jornay PM ..... 11  
 Juluca ..... 17  
 Junel..... 21  
 Junel Fe ..... 21

**K**

Kanjinti.....9  
 Kariva ..... 21

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

Kerydin .....8  
 Ketoconazole Cream, Shampoo .....13  
 Ketorolac Ophthalmic .....16  
 Ketorolac Tab .....19  
 Kurvelo .....21

**L**

Labetalol .....10  
 Lactulose .....17  
 Lamotrigine .....12  
 Lamotrigine ER .....12  
 Lansoprazole (Rx only) .....16  
 Lantus Solostar .....14  
 Lantus U-100 Vials .....14  
 Larin Fe 1/20 .....21  
 Larissia .....21  
 Latanoprost .....16  
 Latuda .....11  
 Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni ABA) .8  
 Leflunomide .....17  
 Lessina .....21  
 Letrozole .....9  
 Levemir U-100 FlexTouch .....14  
 Levemir U-100 Vials .....14  
 Levetiracetam .....12  
 Levocetirizine .....20  
 Levofloxacin Tab .....8  
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol .....21  
 Levonorgestrel/Ethinyl Estradiol  
 and Ethinyl Estradiol .....21  
 Levothyroxine .....16  
 Levoxyl .....16  
 Lialda .....16  
 Lidocaine Patch .....19  
 Lidocaine Viscous .....18  
 Lidocaine/Prilocaine Cream .....13  
 Linzess .....17  
 Liothyronine .....16  
 Lisinopril .....10  
 Lisinopril/HCTZ .....10  
 Lithium .....12  
 Lithium ER .....12  
 Livalo .....10  
 Lo Loestrin Fe .....21  
 Lokelma .....20  
 Lonhala Magnair .....20  
 Lorazepam Tab .....12  
 Lorzone .....19  
 Losartan .....10

Losartan/HCTZ .....10  
 Lotemax Gel, Ointment .....16  
 Lotemax SM .....16  
 Lovastatin .....10  
 Low-Ogestrel .....21  
 Lumigan .....16  
 Lupron Depot 7.5mg, 22.5mg,  
 30mg, 45mg .....15  
 Lynparza .....9

**M**

Makena .....18  
 Mavenclad .....12  
 Mavyret .....8  
 Mayzent .....12  
 Meclizine .....16  
 Medroxyprogesterone Acetate  
 Injection .....21  
 Medroxyprogesterone Acetate Tab .21  
 Meloxicam .....19  
 Memantine .....11  
 Mesalamine DR .....16  
 Metaxalone .....19  
 Metformin .....15  
 Metformin ER .....15  
 Metformin ER Modified Release  
 (generic Glumetza) .....15  
 Metformin ER Osmotic (generic  
 Fortamet) .....15  
 Methimazole .....16  
 Methocarbamol .....19  
 Methotrexate .....17  
 Methylphenidate ER .....11  
 Methylphenidate ER (LA) .....11  
 Methylphenidate ER (XR) .....11  
 Methylphenidate Tab .....11  
 Methylprednisolone Tab .....15  
 Metoclopramide .....17  
 Metoprolol Succinate ER .....10  
 Metoprolol Tartrate .....10  
 Metronidazole Vaginal Gel .....22  
 Metronidazole Cream, Gel .....13  
 Metronidazole Tab .....8  
 Microgestin Fe 1/20 .....21  
 Minivelle .....21  
 Minocycline Cap .....8  
 Mirena .....21  
 Mirtazapine .....11  
 Mirvaso Gel .....13

Modafinil .....12  
 Mometasone Cream .....13  
 Mometasone Spray .....20  
 Mono-Linyah .....21  
 Montelukast .....20  
 Morphine Sulfate ER .....19  
 Motegrity .....17  
 Movantik .....17  
 Moxeza .....16  
 Moxifloxacin Intraocular Solution ...16  
 Moxifloxacin Ophthalmic .....16  
 Mulpleta .....9  
 Multaq .....10  
 Multivitamin/Fluoride Chewable  
 Tab .....20  
 Mupirocin Cream, Ointment .....13  
 Musculoskeletal  
 Mvasi .....9  
 Mycophenolate Mofetil .....20  
 Mycophenolate Sodium .....20  
 Myrbetriq .....19

**N**

Nabumetone .....19  
 Nadolol .....10  
 Naltrexone Tab .....8  
 Namzaric .....11  
 Naprelan .....19  
 Naproxen (Rx only) .....19  
 Narcan .....8  
 Nascobal .....20  
 Natazia .....21  
 Nature-Thyroid .....16  
 Nayzilam .....12  
 Neomycin/Polymyxin/HC Otic .....8  
 Neulasta .....9  
 Neulasta Onpro .....9  
 Nexletol .....10  
 Nexlizet .....10  
 Nifedipine ER .....10  
 Nifedipine ER Osmotic .....10  
 Nikki .....21  
 Nitrofurantoin Macrocrystals .....8  
 Nitrofurantoin Monohydrate  
 Macrocrystals .....8  
 Nitroglycerin SL .....10  
 Nityr .....18  
 Nivestym .....9  
 Nocdurna .....18

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

Norditropin FlexPro .....15  
 Norethindrone .....21  
 Norethindrone/Ethinyl Estradiol.....21  
 Norgestimate/Ethinyl Estradiol.....21  
 Nortrel.....21  
 Nortriptyline .....11  
 Nouriaz.....12  
 Novoeight.....9  
 Novofine Autocover Pen Needle.....14  
 Novofine Pen Needle .....14  
 Novofine Plus Pen Needle.....14  
 Novolin 70/30 Vials and Flexpen .....14  
 Novolin N Vials .....14  
 Novolin N Vials and Flexpen .....14  
 Novolin R Vials .....14  
 Novolin R Vials and Flexpen.....14  
 Novolog Flexpen .....14  
 Novolog Mix 70/30 Vials and Flexpen .....14  
 Novolog Penfill .....14  
 Novolog U-100 Vials.....15  
 Novotwist Pen Needle .....14  
 NP Thyroid 60mg .....16  
 Nubeqa.....9  
 Nucala .....18  
 Nucynta.....19  
 Nurtec .....11  
 Nutropin AQ NuSpin .....15  
 Nuvaring.....21  
 Nuwiq.....9  
 Nuzyra .....8  
 Nystatin Cream .....13  
 Nystatin Suspension.....8

**O**

Odefsey .....17  
 Ofloxacin Ophthalmic .....16  
 Ofloxacin Otic Solution .....8  
 Olanzapine .....11  
 Olmesartan .....10  
 Olmesartan/HCTZ .....10  
 Olopatadine Ophthalmic.....16  
 Omeclamox-Pak .....17  
 Omega-3 Acid.....10  
 Omeprazole (Rx only).....16  
 Omnisar.....20  
 Ondansetron ODT .....17  
 Ondansetron Tab 4mg, 8mg .....17  
 OneTouch Ultra.....14

OneTouch Verio Test Strips .....14  
 Onexton .....13  
 Opsumit .....10  
 Orenzia .....17  
 Orenitram .....10  
 Orilissa .....18  
 Oseltamivir.....8  
 Osphena.....15  
 Otezla.....17  
 Otovel .....8  
 Oxcarbazepine .....12  
 Oxybutynin.....19  
 Oxybutynin ER.....19  
 Oxycodone w/ Acetaminophen .....19  
 Oxycodone Tab .....19  
 Oxycontin.....19  
 Ozempic .....15

**P**

Pantoprazole.....16  
 Paroxetine Tab .....11  
 Pazeo .....16  
 Penicillin VK .....8  
 Pentasa .....16  
 Perforomist.....20  
 Perseris .....11  
 Phenazopyridine (Rx only) .....18  
 Phentermine .....20  
 Pioglitazone .....15  
 Polymyxin B/ Trimethoprim Ophthalmic.....16  
 Potassium Chloride Crys ER .....20  
 Potassium Chloride ER .....20  
 Potassium Citrate ER.....20  
 Pradaxa .....9  
 Praluent .....10  
 Pramipexole.....12  
 Prasugrel.....9  
 Pravastatin.....10  
 Prazosin.....10  
 Prednisolone Ophthalmic .....16  
 Prednisolone Sodium Phosphate Solution .....15  
 Prednisolone Solution.....15  
 Prednisone .....15  
 Pregabalin .....12  
 Premarin Tab .....21  
 Premarin Vaginal Cream .....21  
 Premphase.....21

Prempro.....21  
 Prezcobix .....17  
 Proair HFA.....20  
 Proair RespiClick .....20  
 Prochlorperazine .....17  
 Proctofoam-HC .....16  
 Progesterone Micronized Cap .....21  
 Prograf.....20  
 Prolensa.....16  
 Prolia.....19  
 Promethazine .....18  
 Promethazine DM.....18  
 Promethazine/Codeine.....18  
 Propranolol .....10  
 Propranolol ER.....10  
 Pseudoephedrine/ Brompheniramine/DM Syrup.....18  
 Pulmicort Flexhaler.....20  
 Pulmozyme .....18  
 Pylera .....17

**Q**

Qbrexza.....18  
 QNasl .....20  
 Qsymia .....20  
 Quetiapine .....11  
 Qvar Redihaler .....20

**R**

Rabeprazole.....16  
 Ramipril .....10  
 Ranolazine ER .....10  
 Rasuvo .....17  
 Rayaldee .....18  
 Rebif.....12  
 Renflexis .....17  
 Repatha .....10  
 Reset.....8  
 Reset-O .....8  
 Restasis .....16  
 Restasis Multidose.....16  
 Retacrit .....9  
 Retin-A Micro 0.06%, 0.08% .....13  
 Revlimid .....9  
 Rexulti.....11  
 Rhopressa .....16  
 Rinvoq.....17  
 Risperidone.....11

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

Rizatriptan.....11  
 Rocklatan .....16  
 Ropinirole.....12  
 Rosuvastatin.....10  
 Rubraca .....9  
 Ruconest .....18  
 Ruxience.....9  
 Rybelsus .....15  
 Rytary.....12

**S**

Saphris .....11  
 Saxenda.....20  
 Scopolamine.....17  
 Serevent Diskus.....20  
 Sernivo .....13  
 Sertraline.....11  
 Seysara .....8  
 Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg.....18  
 Sildenafil Tab 20mg.....10  
 Silenor .....12  
 Simbrinza .....16  
 Simponi .....17  
 Simvastatin.....10  
 Sirolimus .....20  
 Skyrizi .....17  
 Sodium Fluoride Chewable Tab .....20  
 Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa ABA)8  
 Solifenacin.....19  
 Soliqua .....15  
 Solosec .....8  
 Soolantra.....13  
 Sotalol .....10  
 Spiriva Handihaler .....20  
 Spiriva Respimat .....20  
 Spironolactone.....10  
 Sprintec 28 .....21  
 Sprycel.....9  
 Sronyx .....21  
 Stelara .....17  
 Stendra.....18  
 Stiolto Respimat.....20  
 Strensiq .....18  
 Striverdi Respimat.....20  
 Sucralfate Tab .....16  
 Sulfamethoxazole/Trimethoprim.....8  
 Sulfasalazine.....16  
 Sumatriptan Tab .....12  
 Sunosi.....12

Suprep Bowel Prep .....17  
 Syeda .....21  
 Symbicort.....20  
 Symfi .....17  
 Symfi Lo .....17  
 Symjepi .....18  
 SymlinPen .....15  
 Sympazan.....12  
 Symproic .....17  
 Synjardy .....15  
 Synjardy XR .....15  
 Synthroid .....16

**T**

Taclonex.....13  
 Tacrolimus Cap .....20  
 Tacrolimus Ointment .....13  
 Tadalafil .....18  
 Takhzyro .....18  
 Taltz .....17  
 Tamiflu Cap.....8  
 Tamoxifen Tab .....9  
 Tamsulosin.....18  
 TaperDex 12-Day .....15  
 TaperDex 6-Day .....15  
 TaperDex 7-Day .....15  
 Targretin Gel.....9  
 Taytulla .....21  
 Tecfidera .....12  
 Tegsedi.....12  
 Tekturna.....10  
 Tekturna HCT .....10  
 Telmisartan .....10  
 Telmisartan/HCTZ .....10  
 Temazepam .....12  
 Temozolomide .....9  
 Terazosin.....18  
 Terbinafine Tab.....8  
 Terconazole Vaginal Cream .....22  
 Testosterone Cypionate IM Injection  
 .....18  
 Testosterone Gel 1%, 1.62%, 2% .....18  
 Tiglutik .....12  
 Timolol Ophthalmic .....16  
 Tirosint.....16  
 Tivicay .....17  
 Tizanidine Tab .....19  
 TOBI Podhaler .....8  
 Tobramycin Nebulization Solution ....8

Tobramycin/ Dexamethasone  
 Ophthalmic..... 16  
 Tolterodine ER .....19  
 Topiramate .....12  
 Torse mide Tab .....10  
 Toujeo Max SoloStar.....15  
 Toujeo SoloStar .....15  
 Toviaz.....19  
 Tradjenta .....15  
 Tramadol .....19  
 Trazimera.....9  
 Trazodone.....11  
 Trelegy Ellipta .....20  
 Tremfya .....17  
 Tresiba .....15  
 Tresiba FlexTouch .....15  
 Tretinoin Cream.....13  
 Trezix .....19  
 Tri Femynor .....21  
 Triamcinolone Cream, Ointment ....13  
 Triamterene/HCTZ.....10  
 Triazolam .....12  
 Trijardy XR .....15  
 Trikafta .....18  
 Tri-Lo-Marzia .....21  
 Tri-Lo-Sprintec .....21  
 Trintellix.....11  
 Tri-Previfem .....21  
 Tri-Sprintec .....21  
 Triumeq .....17  
 Trokendi XR .....12  
 Trulance.....17  
 Trulicity .....15  
 Truvada 200/300mg .....17  
 Tymlos .....19

**U**

Ubrelvy .....12  
 Uceris Rectal .....16  
 Ultomiris .....9

**V**

Valacyclovir.....8  
 Valsartan.....10  
 Valsartan/HCTZ.....10  
 Valtoco.....13  
 Varubi .....17  
 Vascepa.....10

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

Velphoro .....	18
Veltassa .....	20
Vemlidy .....	8
Venlafaxine .....	11
Venlafaxine ER .....	11
Ventolin HFA .....	20
Verapamil ER .....	10
V-Go 20 .....	14
V-Go 30 .....	14
V-Go 40 .....	14
Viberzi .....	17
Victoza .....	15
Vienna .....	21
Viibryd .....	11
Vimpat .....	13
Viorele .....	21
Vitamin D (ergocalciferol) (Rx only) .....	20
Vosevi .....	9
Vraylar .....	11
Vumerity .....	12
Vyleesi .....	18
Vyvanse .....	11

## W

Wakix .....	12
Warfarin .....	9
Wixela Inhub .....	20

## X

Xarelto .....	9
Xcopri .....	13
Xeljanz .....	17
Xeljanz XR .....	17
Xembify .....	18
Xenleta .....	8
Xepi .....	13
Xigduo XR .....	15
Xiidra .....	16
Ximino .....	13
Xofluza .....	9
Xolair .....	20
Xtampza ER .....	19
Xtandi .....	9

Xulane .....	21
Xyosted .....	18
Xyrem .....	12

## Y

Yupelri .....	20
---------------	----

## Z

Zarxio .....	9
Zejala .....	9
Zelnorm .....	17
Zenpep .....	17
Zetonna .....	20
Ziextenzo .....	9
Zioptan .....	16
Ziprasidone .....	11
Zirabev .....	9
Zolpidem .....	12
Zolpidem ER .....	12
Zonisamide .....	13
Zubsolv .....	8

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

### Planilla “Mis medicamentos”

Lleve esta planilla a cada consulta con el médico. Cada uno de sus médicos debe estar al tanto de los medicamentos que toma y usted también debe tener una lista de ellos.

Nombre del medicamento y graduación	Nivel	Tomo este medicamento para	Indicaciones	Nombre del medicamento y graduación
<i>Ejemplo: Lisinopril, 20 mg</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Hipertensión arterial</i>	<i>Un comprimido por día</i>	<i>Ejemplo: Lisinopril, 20 mg</i>

**Negrita = medicamento de marc** Sin resalte tipográfico = medicamento genérico

**E** Medicamentos excluidos **PA** Autorización previa **ST** Tratamiento escalonado **QL** Límites de cantidad **SP** Programa especializado

