

Blue Shield Medicare Basic Plan (PDP)
Formulario de 2017
(Lista de medicamentos cubiertos)

**LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE
LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN**

N.º de identificación del formulario 00017337, versión 24

Este formulario se actualizó el **10/24/2017**. Para obtener más información reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con el Servicio para Miembros de Blue Shield Medicare Basic Plan llamando al (888) 239-6469 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8 a. m. a 8 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de 8 a. m. a 8 p. m. entre semana, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. O bien, visite blueshieldca.com/med_formulary.

Aviso para los miembros actuales: Este formulario no es igual al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario), se utilizan los términos “nosotros” o “nuestro(s)” se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se utilizan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield Medicare Basic Plan.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente a partir del **10/24/2017**. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, se encuentra en la cubierta y contracubierta de este documento.

Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para acceder al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2018 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Blue Shield Medicare Basic Plan de común acuerdo con un equipo de proveedores de atención de la salud, que representa las terapias farmacológicas que se consideran parte esencial de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Blue Shield Medicare Basic Plan cubre los medicamentos que figuran en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se respeten otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo hacer surtir sus recetas, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede haber cambios en el formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si usted toma un medicamento de nuestro formulario de 2017 y que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2017, excepto cuando esté disponible un medicamento genérico nuevo más barato o cuando se publique información actualizada sobre efectos adversos que pongan en riesgo la seguridad o la eficacia de un medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento de la lista, no afectarán a los miembros que actualmente toman dicho medicamento. Ese medicamento seguirá estando disponible para los miembros que lo toman, con el mismo costo compartido durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que usted tenga acceso continuo, durante el resto del año de cobertura, a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en los casos en los que usted pueda ahorrar más dinero o nosotros podamos garantizar su seguridad.

Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado en relación con algún medicamento o cambiamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados al menos 60 días antes de la fecha en la que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para 60 días de ese medicamento. Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) considera que un medicamento de nuestro formulario es peligroso o si el fabricante de un medicamento lo retira del mercado, inmediatamente eliminaremos ese medicamento del formulario y se lo informaremos a los miembros que toman esa medicación.

El formulario adjunto entrará en vigencia a partir del **10/24/2017**. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Blue Shield Medicare Basic Plan. Nuestra información de contacto se encuentra en la cubierta y contracubierta de este documento. Si realizamos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, recibirá un aviso por correo con 60 días de anticipación, y los cambios se publicarán en nuestro sitio web blueshieldca.com/med_formulary.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por afección médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en diferentes categorías según el tipo de afección médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de una afección cardíaca se incluyen en la categoría titulada “Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué tipo de afección se usa su medicamento, busque el nombre

de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que comienza en la página 65. En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice, están incluidos tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Consulte el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Blue Shield Medicare Basic Plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico tiene el mismo principio activo que el equivalente de marca, por lo que cuenta con la autorización de la FDA. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

Es posible que haya ciertos límites o requisitos adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos o límites pueden incluir los siguientes:

- **Autorización previa:** Blue Shield Medicare Basic Plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de hacer surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, Blue Shield Medicare Basic Plan establece un límite en la cantidad de medicamento que cubrirá nuestro plan. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptan* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan proporciona 18 comprimidos cada 30 días. Esto puede aplicarse en forma adicional a un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Blue Shield Medicare Basic Plan exige que primero intente tratar su afección médica con ciertos medicamentos, antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su afección médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede consultar si existe otro límite o requisito para su medicamento en el formulario que comienza en la página 1. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, se encuentra en la cubierta y contracubierta de este documento.

Puede pedirle a Blue Shield Medicare Basic Plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan utilizar para

tratar su afección médica. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan?”, que se encuentra en la página iii.

¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero deberá comunicarse con el Servicio para Miembros y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle al Servicio para Miembros que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por Blue Shield Medicare Basic Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a Blue Shield Medicare Basic Plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. A continuación, encontrará información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo puedo pedir una excepción del Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a las normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que usted puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo si ese medicamento no pertenece al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos límites o restricciones a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield Medicare Basic Plan establece un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si existe un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no apliquemos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.

En términos generales, Blue Shield Medicare Basic Plan aprobará su solicitud de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones adicionales de uso no son tan eficaces para el tratamiento de su afección o le provocan efectos adversos en la salud.

Deberá comunicarse con nosotros para pedir que tomemos una decisión de cobertura inicial a fin de obtener una excepción en relación con el formulario, el nivel de medicamentos o la restricción de uso. **Cuando pida una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso, deberá presentar una declaración de su médico o del profesional que le receta en la cual se respalde su pedido.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo del profesional que receta. Puede pedir una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar hasta 72 horas por una decisión podría ser muy peligroso para su salud. Si se admite su pedido de proceso acelerado, debemos tomar la decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que recete.

¿Qué tengo que hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario. O bien es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le otorguemos una autorización previa antes de que pueda hacer surtir su receta. Debe consultar a su médico para decidir si es conveniente que usted cambie su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras usted y su médico determinan cuál es el mejor procedimiento, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro formulario, o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que su receta indique menos días) si va a una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, le permitiremos pedir la repetición de su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición para 98 días, de acuerdo con el aumento de la prescripción (a menos que su receta indique menos días). Cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que su receta indique menos días) mientras usted tramita una excepción del formulario.

Nuestra política de transición se aplica a los miembros cuya afección se mantiene estabilizada con:

- Medicamentos de la Parte D que no están incluidos en el Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que finaliza la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están incluidos en el Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan con requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D, como los mencionados anteriormente, sobre los que no se puede hacer una distinción, en el momento del servicio, con respecto a si es un medicamento recetado nuevo o existente.

Y son miembros que se encuentran en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Son nuevos miembros y se encuentran en el comienzo del año del plan.
- Son miembros que reúnen los requisitos por primera vez y que están en transición de otra cobertura en el comienzo del año del plan.
- Son personas que cambian de un plan de Blue Shield a otro después del comienzo del año del plan.
- Son miembros que residen en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- O bien, en algunos casos, son miembros actuales que se ven afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

Los miembros que continúen la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario contarán con la cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por Blue Shield Medicare Basic Plan y de acuerdo con la guía de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición congruente con el proceso de transición que se requiere para los nuevos miembros que comienzan un nuevo año de contrato. La política de transición se extenderá de un año de contrato a otro si un miembro se inscribe en un plan con una fecha de inscripción que entre en vigencia el 1 de noviembre o el 1 de diciembre y necesita el acceso a un suministro de transición.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les recetan para decidir si deberían cambiar su medicamento por uno que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté incluido en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con el Servicio para Miembros de Blue Shield Medicare Basic Plan si quieren recibir ayuda para iniciar una solicitud de autorización previa o de excepción. Los formularios de solicitud de autorización previa o de excepción están disponibles en nuestro sitio web en **blueshieldca.com/med_formulary** (seleccione “prior authorization forms” [formularios de autorización previa]) y también se envían, a petición, por correo postal, correo electrónico o fax a los miembros y a los profesionales que recetan.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, se proporcionará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén incluidos en el formulario, o bien de medicamentos que estén incluidos en el formulario pero tengan restricciones de cobertura, a fin de evitar interrupciones en un tratamiento continuo. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros decidan con los profesionales que les recetan si es conveniente cambiar el medicamento por uno de equivalente acción terapéutica que esté incluido en el formulario o presentar una solicitud de excepción del formulario, en función de la necesidad médica. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por los CMS, y las solicitudes de excepción del formulario se evalúan en función de la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en farmacia de Blue Shield. Si se rechaza una solicitud de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que receta una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Usted también recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal para 30 días del medicamento que no está incluido en el formulario (a menos que la receta sea por menos días, en cuyo caso cubriremos varias repeticiones de la receta hasta un total de 30 días de medicamento) y se brinda por única vez. Ese suministro de transición del medicamento se puede obtener en una farmacia al por menor durante los primeros 90 días de la nueva membresía, que comienza en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura de Blue Shield Medicare Basic Plan. Se pueden surtir repeticiones de recetas de transición que se hayan surtido por una cantidad menor de la cantidad recetada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto, y el suministro total será para 30 días como máximo. Si usted resulta afectado por un cambio negativo en el formulario de un año al siguiente, le proporcionaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está incluido en el formulario, en caso de que usted necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias al por menor y de LTC tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté incluido en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan establecido límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro para 30 días (a menos que la receta sea por menos días, en cuyo caso cubriremos varias repeticiones de la receta para proporcionar hasta un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros que reúnan los requisitos para recibir el subsidio para personas de bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos proporcionados en el proceso de transición no excederá las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros que reúnen los requisitos para acceder al LIS. En el caso de todos los demás miembros (es decir, los miembros que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén incluidos en el formulario y se proporcionen durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueban mediante una excepción del formulario; para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se proporcionen durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería después de que se cumplan los criterios de administración del uso. Una vez que, después de completado el proceso de excepciones, se haya determinado que las dosis recetadas originalmente de los medicamentos de la Parte D son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por hacer surtir varias veces una receta que indicaba cantidades inferiores de medicamentos de la Parte D según los límites de cantidad establecidos por motivos de seguridad.

Después de que cubramos el suministro temporal para 30 días, generalmente, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito en el plazo de los tres (3) días hábiles posteriores a la fecha en que se haya surtido el suministro de transición. Este aviso contendrá una explicación sobre el carácter temporal del suministro de transición recibido, instrucciones para colaborar con nosotros y con el profesional que receta en la identificación de alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en nuestro formulario, una explicación de su derecho a pedir una excepción del formulario y una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario. Si se ha proporcionado un suministro de transición una vez y usted está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición se extienda por 30 días adicionales al suministro inicial para 30 días, a menos que presente una receta que indique menos de 30 días. La extensión del período de transición se determina según el caso, siempre y cuando su solicitud de excepción o su apelación no se hayan procesado al finalizar el período de transición mínimo, y dura hasta el momento en que se realiza la transición (ya sea si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado que esté incluido en el formulario o si se toma una decisión sobre una solicitud de excepción).

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D" que se compren en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para tener acceso fuera de la red.

Más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield Medicare Basic Plan, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Blue Shield Medicare Basic Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, se encuentra en la cubierta y contracubierta de este documento.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O ingrese en www.medicare.gov.

Formulario de Blue Shield Medicare Basic Plan

El formulario, que comienza en la página 1, brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 65.

En la primera columna del cuadro, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, AUGMENTIN), y los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *amoxicillin*).

La información en la columna “Requisitos/Límites” le indica si nuestro plan establece algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Nivel	Suministro	Costo compar
1 Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$2 de copag
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para 90 días)	\$4 de copag o
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$8 de copag
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	\$24 de copago

Nivel	Suministro	Costo compar
2 Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$6 de copag
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para 90 días)	\$12 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$14 de copag
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	\$42 de copago
3 Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$40 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para 90 días)	\$80 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	\$141 de copago
4 Medicamentos de marca no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	28% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para	
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	30% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	
5 Medicamentos inyectables	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	25% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para	

Nivel	Suministro	Costo compar
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	
6 Medicamentos especializados	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro para 30 días)	25% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 90 días)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 6.

- El costo compartido de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red (suministro para 30 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro para 30 días).
- El costo compartido de los medicamentos del nivel 1 al 6 que se obtienen en farmacias de centros de atención a largo plazo de la red (suministro para 31 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro para 30 días).

Códigos de los requisitos/límites

<i>Código</i>	<i>Definición</i>
AG	Este medicamento recetado tiene límites de cobertura según los grupos etarios. Es posible que los límites se establezcan conforme a cómo la FDA de los Estados Unidos haya aprobado el medicamento para su uso o conforme a las precauciones especiales de uso por parte de las personas de determinados grupos etarios. Para los medicamentos recetados nuevos, analice las alternativas con su médico. Su farmacia o su médico pueden comunicarse con Blue Shield para obtener ayuda con la cobertura para un uso continuo.
B/D	Este medicamento recetado requiere la evaluación de una autorización previa para determinar si la cobertura corresponde a la Parte B o a la Parte D del beneficio de Medicare, según las normas de cobertura de Medicare. Comuníquese con Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura.
LA	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio para Miembros al (888) 239-6469 [TTY 711], de 8 a. m. a 8 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de 8 a. m. a 8 p. m. entre semana, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.
QL	Este medicamento está sujeto a un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de las dosis diarias están definidos por la FDA y figuran en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando existe dicha posibilidad.
PA	La cobertura para este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Comuníquese con Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura.
ST	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).
†	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.

Códigos de las formulaciones de los medicamentos

<i>Abreviatura</i>	<i>Definición</i>
EA	Cada uno
SOLN	Solución

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
Analgésicos		
Analgésicos Opioides De Acción Corta		
<i>butorphanol tartrate nasal</i>	3	QL (10 ML per 30 days); †
<i>codeine sulfate oral tablet 15 mg</i>	3	QL (720 EA per 30 days); †
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days); †
<i>codeine sulfate oral tablet 60 mg</i>	3	QL (180 EA per 30 days); †
<i>fentanyl citrate</i>	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	3	PA; QL (10 EA per 30 days); †
<i>hydromorphone oral liquid</i>	2	QL (675 ML per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg</i>	2	QL (330 EA per 30 days); †
<i>hydromorphone oral tablet 4 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>hydromorphone oral tablet 8 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days); †
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	QL (150 ML per 30 days); †
<i>morphine intravenous syringe 10 mg/ml</i>	5	B/D; QL (270 ML per 30 days); †
<i>morphine intravenous syringe 2 mg/ml</i>	5	B/D; QL (1350 ML per 30 days); †
<i>morphine intravenous syringe 4 mg/ml</i>	5	B/D; QL (690 ML per 30 days); †
<i>morphine intravenous syringe 8 mg/ml</i>	5	B/D; QL (330 ML per 30 days); †

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (1350 ML per 30 days); †
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	3	QL (700 ML per 30 days); †
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days); †
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	QL (120 ML per 30 days); †
<i>oxycodone oral solution</i>	3	QL (1800 ML per 30 days); †
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days); †
<i>oxycodone oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days); †
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); †
<i>tramadol oral tablet</i>	2	(generic Ultram); QL (240 EA per 30 days); †
Analgésicos Opioides De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine</i>	4	PA; QL (4 EA per 28 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>	3	PA; QL (480 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
DURAMORPH (PF) INJECTION SOLUTION 0.5 MG/ML	5	B/D; QL (5400 ML per 30 days); †
DURAMORPH (PF) INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	5	B/D; QL (2700 ML per 30 days); †
<i>fentanyl citrate</i>	6	PA; QL (120 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	3	PA; QL (10 EA per 30 days); †
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 37.5 mcg/hour, 62.5 mcg/hour</i>	4	PA; QL (10 EA per 30 days); †
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 87.5 mcg/hour</i>	6	PA; QL (10 EA per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 300 MCG/SPRAY	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	3	QL (120 EA per 30 days); †
<i>methadone injection solution</i>	5	B/D; QL (90 ML per 30 days); †
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (450 ML per 30 days); †
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	QL (900 ML per 30 days); †
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days); †
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	QL (150 ML per 30 days); †
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (1350 ML per 30 days); †
<i>morphine oral tablet 15 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>morphine oral tablet 30 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days); †
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	3	(generic MS Contin); QL (60 EA per 30 days); †
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg</i>	3	(generic MS Contin); QL (180 EA per 30 days); †

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
Analgésicos		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	QL (2700 ML per 30 days); †
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); †
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	2	QL (180 EA per 30 days); †
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG	2	QL (360 EA per 30 days); †
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	2	QL (240 EA per 30 days); †
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5400 ML per 30 days); †
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg</i>	4	QL (270 EA per 30 days); †
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (270 EA per 30 days); †

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days); †	<i>flurbiprofen</i>	2	
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); †	<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	4	QL (150 EA per 30 days); †	<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	2	
<i>oxycodone-acetaminophen oral solution</i>	3	†	<i>indomethacin oral capsule</i>	2	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days); †	<i>ketoprofen oral capsule</i>	2	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days); †	<i>meloxicam oral tablet</i>	2	
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 EA per 30 days); †	<i>nabumetone</i>	2	
<i>oxycodone-aspirin</i>	3	QL (360 EA per 30 days); †	<i>naproxen</i>	2	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	2	QL (240 EA per 30 days); †	<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
Antiinflamatorios No Esteroides			<i>oxaprozin</i>	3	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	<i>sulindac</i>	2	
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)	Anestésicos		
<i>diclofenac potassium</i>	2		Anestésicos Locales		
<i>diclofenac sodium oral</i>	2		<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	5	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	6		<i>lidocaine hcl injection solution 20 mg/ml (2 %)</i>	5	
<i>diflunisal</i>	2		<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	2	
<i>etodolac oral capsule</i>	2		<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	
<i>etodolac oral tablet</i>	2		<i>lidocaine hcl urethral</i>	2	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	3		<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>fenoprofen oral tablet</i>	2		<i>lidocaine topical ointment</i>	3	
			<i>lidocaine viscous</i>	2	
			<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	2	
			Ansiolíticos		
			Ansiolíticos, Otros		
			<i>bupirone</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>doxepin oral</i>	2		<i>diazepam intensol</i>	2	QL (360 ML per 30 days)
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA	<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	3	QL (1800 ML per 30 days)
SILENOR	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)	<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (900 EA per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)	<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
Benzodiacepinas			<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	4	QL (5 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (1200 EA per 30 days)	<i>diazepam rectal kit 5-7.5-10 mg</i>	4	QL (20 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)	<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)	<i>lorazepam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)	<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (1200 EA per 30 days)			
<i>clonazepam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)	Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina (Ssri)/Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina (Snri)		
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)	<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	QL (1200 EA per 30 days)	<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	(generic Irenka); QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 1 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)	<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 60 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (60 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)	<i>escitalopram oxalate</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)	<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	QL (720 EA per 30 days)	PAXIL ORAL SUSPENSION	4	QL (900 ML per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)	<i>sertraline oral concentrate</i>	2	
			<i>sertraline oral tablet</i>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	(generic Effexor XR); QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 75 mg</i>	2	(generic Effexor XR); QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i>	2	(generic Effexor)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
VENLAFAXINE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 225 MG	4	QL (30 EA per 30 days)

Antiadictivos/Tratamiento Por Abuso De Sustancias Adictivas, Medicamentos Para El

Antitabaco, Medicamentos

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	
CHANTIX	4	QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	4	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX	4	QL (60 EA per 30 days)
NICOTROL NS	4	

Dependencia A Opioides, Tratamientos Contra La

<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg</i>	3	PA; QL (480 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 8 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	3	PA; QL (480 EA per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>naltrexone</i>	2	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 8-2 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG	4	QL (180 EA per 30 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG	4	QL (90 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 1.4-0.36 MG, 5.7-1.4 MG	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)

Disuasivos Del Alcohol/Reductores De La Compulsión

<i>acamprosate</i>	4	
<i>disulfiram</i>	4	
<i>naltrexone</i>	2	
Revertidores Opioides		
<i>naloxone injection solution</i>	5	QL (2 ML per 30 days)
<i>naloxone injection syringe 1 mg/ml</i>	2	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	4	QL (2 EA per 30 days)

Antibacterianos

Aminoglucósidos

<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	5	
BETHKIS	6	PA; QL (224 ML per 28 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	5	B/D	<i>clindamycin pediatric</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	2		<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	2	
GENTAMICIN SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML	5	B/D	<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	2	
<i>gentamicin topical</i>	2		<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	2	
<i>neomycin</i>	2		<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	2	
<i>paromomycin</i>	3		<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	2	
<i>streptomycin</i>	5	B/D	DALVANCE	6	PA
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	6	PA; QL (224 EA per 28 days)	<i>daptomycin</i>	6	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	3		<i>lincomycin</i>	5	
<i>tobramycin</i>	2		<i>linezolid</i>	6	PA
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	6	PA; QL (280 ML per 28 days)	<i>methenamine hippurate</i>	3	
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	5		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	5	
TOBREX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	4		<i>metronidazole oral</i>	2	
ZANOSAR	5		<i>metronidazole topical cream</i>	3	
Antibacterianos, Otros			<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	2	
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2		<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	3	
<i>alcohol pads</i>	2		<i>metronidazole topical lotion</i>	3	
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	2		<i>metronidazole vaginal</i>	2	
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	5	B/D	<i>mupirocin</i>	2	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	3		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	2	PA
<i>clindamycin hcl</i>	2		<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	2	PA
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	5		ORBACTIV	6	PA; QL (9 EA per 30 days)
			<i>polymyxin b sulfate</i>	5	
			SIVEXTRO INTRAVENOUS	6	PA
			SIVEXTRO ORAL	6	PA; QL (6 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
SULFAMYLON	4		<i>cefepodoxime</i>	3	
TOPICAL CREAM			<i>cefprozil</i>	2	
<i>tigecycline</i>	6		<i>ceftriaxone injection recon soln 10 gram, 250 mg, 500 mg</i>	5	
<i>tinidazole</i>	3		<i>ceftriaxone intravenous</i>	5	
<i>trimethoprim</i>	2		<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	2	
TYGACIL	6		<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	5	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg</i>	5		<i>cefuroxime sodium intravenous</i>	5	
<i>vancomycin oral capsule</i>	4		<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
VANDAZOLE	2		<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	
Antibacterianos			TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG	5	
<i>colistin (colistimethate na)</i>	5	B/D	TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 600 MG	6	
SYNERCID	6		Betalactámicos, Otros		
Betalactámicos, Cefalosporinas			<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i>	5	
<i>cefaclor oral capsule</i>	2		CAYSTON	6	PA; QL (84 ML per 28 days)
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2		<i>imipenem-cilastatin</i>	5	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	2		INVANZ INJECTION	5	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	2		<i>meropenem intravenous recon soln 500 mg</i>	5	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2		Betalactámicos, Penicilinas		
<i>cefadroxil oral tablet</i>	2		<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	5		<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>cefdinir</i>	2				
<i>cefepime</i>	5				
<i>cefixime</i>	4				
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5				
<i>cefoxitin</i>	5				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2		<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	5	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2		Macrólidos		
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	2		AZASITE	4	
<i>ampicillin oral capsule</i>	2		<i>azithromycin intravenous</i>	5	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	5		<i>azithromycin oral packet</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection</i>	5		<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	3		<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	2	QL (6 EA per 5 days)
BICILLIN C-R	5		<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)</i>	2	
BICILLIN L-A	5		<i>azithromycin oral tablet 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	2	QL (3 EA per 3 days)
<i>dicloxacillin</i>	2		<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (8 EA per 30 days)
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	5		<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	6		<i>clarithromycin oral tablet</i>	2	QL (42 EA per 14 days)
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 1 gram/50 ml</i>	5		<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr</i>	2	QL (42 EA per 14 days)
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	6		<i>ery pads</i>	2	
<i>oxacillin injection recon soln 10 gram</i>	6		ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 5 million unit</i>	5		<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	4	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml</i>	5		<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>penicillin g sodium</i>	5		<i>erythromycin oral tablet</i>	4	
<i>penicillin v potassium</i>	2				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	2		<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2		<i>ofloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
Quinolonas			<i>ofloxacin otic (ear)</i>	2	
CILOXAN OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	4		Sulfonamidas		
<i>ciprofloxacin</i>	3		<i>silvadene</i>	2	
<i>ciprofloxacin (mixture) oral tablet, er multiphase 24 hr 1,000 mg</i>	2	QL (14 EA per 14 days)	<i>silver sulfadiazine</i>	2	
<i>ciprofloxacin (mixture) oral tablet, er multiphase 24 hr 500 mg</i>	2	QL (3 EA per 3 days)	<i>ssd</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2		<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl oral</i>	2		<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	5		<i>sulfadiazine</i>	3	
<i>ciprofloxacin lactate intravenous solution 400 mg/40 ml</i>	5		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	5	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	5		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous</i>	5		Tetraciclinas		
<i>levofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2		<i>demeclocycline</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution</i>	3		<i>doxy-100</i>	5	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1	QL (10 EA per 10 days)	<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye)</i>	2		<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin oral</i>	3	QL (10 EA per 10 days)	<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
			<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	4	
			<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	2	
			<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	2	
			<i>minocycline oral capsule</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>minocycline oral tablet</i>	3	
<i>tetracycline</i>	4	
Anticonvulsivos		
<i>Anticonvulsivos, Otros</i>		
BRIVIACT INTRAVENOUS	5	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION	6	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIASTAT	4	QL (5 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL KIT 12.5- 15-17.5-20 MG	4	QL (40 EA per 30 days)
DIASTAT ACUDIAL RECTAL KIT 5-7.5- 10 MG	4	QL (20 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	4	QL (5 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 5- 7.5-10 mg</i>	4	QL (20 EA per 30 days)
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	5	
<i>levetiracetam intravenous</i>	5	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>roweepra</i>	2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	PA; QL (90 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 750 MG	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>Aumentantes Del Ácido Gammaaminobutírico (Gaba)</i>		
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (1200 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg</i>	2	QL (1200 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 1 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	4	QL (720 EA per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	4	QL (360 EA per 30 days)
<i>diazepam intensol</i>	2	QL (360 ML per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	3	QL (1800 ML per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (900 EA per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 5 mg</i>	2	QL (360 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	4	QL (5 EA per 30 days)	APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 5-7.5-10 mg</i>	4	QL (20 EA per 30 days)	APTIOM ORAL TABLET 600 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>divalproex</i>	2		BANZEL ORAL SUSPENSION	4	ST; QL (2400 ML per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule</i>	2		BANZEL ORAL TABLET 200 MG	4	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	3		BANZEL ORAL TABLET 400 MG	4	ST; QL (240 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	2		<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	3	
GABITRIL ORAL TABLET 12 MG, 16 MG	4	PA	<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4		<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	3	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (600 EA per 30 days)	<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	2	
<i>lorazepam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)	DILANTIN	4	
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)	<i>epitol</i>	2	
ONFI ORAL SUSPENSION	3	ST; QL (480 ML per 30 days)	<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml</i>	5	
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	ST; QL (60 EA per 30 days)	<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	4	PA
<i>phenobarbital</i>	2		<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>primidone</i>	2		<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	2	PA
SABRIL	6	PA; QL (180 EA per 30 days)	OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>tiagabine</i>	4	PA	OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>valproate sodium</i>	5		PEGANONE	4	
<i>valproic acid</i>	2				
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2				
<i>vigabatrin</i>	6	PA; QL (180 EA per 30 days)			
<i>Canales De Sodio, Medicamentos Para Los</i>					

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>phenytek</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	
VIMPAT INTRAVENOUS	5	PA
VIMPAT ORAL SOLUTION	4	PA; QL (1200 ML per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
Modificadores De Los Canales De Calcio		
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	
<i>ethosuximide</i>	2	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 200 MG, 225 MG, 300 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>zonisamide</i>	2	
Reductores Del Glutamato		
<i>felbamate</i>	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	4	PA; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>topiramate oral capsule, sprinkle, er 24hr 150 mg, 200 mg</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA
Antidemenciales		
Antagonista De Los Receptores De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)		
<i>memantine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>memantine oral tablets, dose pack</i>	3	
NAMENDA XR	3	QL (30 EA per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK	4	QL (28 EA per 28 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR	4	QL (30 EA per 30 days)
Antidemenciales, Otros		
<i>ergoloid</i>	4	PA
Inhibidores De La Colinesterasa		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i>	2	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine oral solution</i>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>galantamine oral tablet</i>	3		<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>rivastigmine</i>	3	QL (30 EA per 30 days)	<i>maprotiline</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate</i>	3		<i>mirtazapine</i>	2	
Antidepresivos			<i>nefazodone</i>	2	
Antidepresivos, Otros			<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG	6	PA	<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	3	
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING	6	PA	Antidepresivos		
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	4	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)	Inhibidores De La Monoaminoxidasa		
<i>aripiprazole oral tablet 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)	EMSAM	6	PA
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating</i>	6	QL (60 EA per 30 days)	MARPLAN	4	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)	<i>phenelzine</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)	<i>tranylcypromine</i>	4	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 100 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)	Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina (Ssri)/Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina (Snri)		
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)	<i>citalopram oral solution</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 12 hr 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	<i>citalopram oral tablet</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)	<i>desvenlafaxine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
			<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	3	ST; QL (120 EA per 30 days)
			<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i>	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
			<i>duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (90 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	(generic Irenka); QL (60 EA per 30 days)	<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 75 mg</i>	2	(generic Effexor XR); QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 60 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (60 EA per 30 days)	<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	2	(generic Effexor)
<i>escitalopram oxalate</i>	2		<i>VENLAFAXINE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24HR 225 MG</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA	4	PA; QL (30 EA per 30 days)	<i>VIIBRYD ORAL TABLET</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule</i>	2		<i>VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	4	QL (4 EA per 28 days)	Tricíclicos		
<i>fluoxetine oral solution</i>	2		<i>amitriptyline</i>	2	
<i>fluoxetine oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2		<i>amoxapine</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet</i>	2		<i>clomipramine</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	2		<i>desipramine</i>	2	
PAXIL ORAL SUSPENSION	4	QL (900 ML per 30 days)	<i>doxepin oral</i>	2	
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 100 MG	4	QL (120 EA per 30 days)	<i>imipramine hcl</i>	2	
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>nortriptyline</i>	2	
<i>sertraline oral concentrate</i>	2		<i>protriptyline</i>	4	
<i>sertraline oral tablet</i>	1		SILENOR	4	QL (30 EA per 30 days)
TRINTELLIX	4	ST; QL (30 EA per 30 days)	<i>trimipramine</i>	4	
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	(generic Effexor XR); QL (60 EA per 30 days)	Antieméticos		
			Antieméticos, Otros		
			<i>chlorpromazine injection</i>	5	
			<i>chlorpromazine oral compro</i>	2	
			<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	5	
			<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	5	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	
<i>perphenazine</i>	2	
<i>prochlorperazine</i>	2	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	5	B/D
<i>prochlorperazine maleate</i>	2	
<i>promethazine oral tablet</i>	2	PA
TIGAN INTRAMUSCULAR	5	B/D
TRANSDERM-SCOP	4	
Complementos Para La Terapia Emetogénica		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 80 mg</i>	4	PA
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	4	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack</i>	4	PA
<i>dronabinol oral capsule 10 mg</i>	6	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS	5	B/D
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA; QL (3 EA per 7 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 100 mcg/ml</i>	5	PA
<i>granisetron hcl intravenous</i>	5	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>granisetron hcl oral</i>	3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron</i>	2	B/D; QL (90 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	5	B/D
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	2	B/D; QL (450 ML per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	2	B/D; QL (15 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D; QL (90 EA per 30 days)
Antiespásticos		
<i>Antiespásticos</i>		
<i>baclofen</i>	2	
<i>dantrolene</i>	4	
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	
Antifúngicos		
<i>Antifúngicos</i>		
ABELCET	6	B/D
AMBISOME	6	B/D
<i>amphotericin b</i>	5	B/D
CANCIDAS	6	PA
<i>caspofungin</i>	6	PA
<i>ciclopirox topical cream</i>	2	
<i>ciclopirox topical gel</i>	4	
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	4	
<i>ciclopirox topical solution</i>	2	
<i>ciclopirox topical suspension</i>	2	
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	
<i>clotrimazole topical</i>	2	
CRESEMBA	6	PA
<i>econazole</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
ERAXIS(WATER DILUENT) INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5	B/D
<i>fluconazole</i>	2	
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	5	
<i>flucytosine</i>	6	
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	3	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	3	
<i>itraconazole</i>	4	PA
<i>ketoconazole oral</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	
<i>miconazole-3 vaginal suppository</i>	2	
MYCAMINE	6	
NATACYN	3	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION	6	PA
NOXAFIL ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC)	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nystatin oral suspension</i>	2	
<i>nystatin oral tablet</i>	2	
<i>nystatin topical</i>	2	
<i>nystop</i>	2	
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>terconazole</i>	2	
<i>voriconazole intravenous</i>	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	6	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	6	PA
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	4	PA
ZOLINZA	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
Antigotosos		
Antigotosos		
<i>allopurinol</i>	2	
<i>colchicine oral capsule</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>colchicine oral tablet</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid-colchicine</i>	2	
Antiinflamatorios		
Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet</i>	2	
<i>etodolac oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>fenopropfen oral tablet</i>	2	
<i>flurbiprofen</i>	2	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>ketoprofen oral capsule</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet</i>	2	
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naproxen</i>	2	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	2	
<i>oxaprozin</i>	3	
<i>sulindac</i>	2	
Glucocorticoides		
<i>betamethasone dipropionate</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	2	
<i>betamethasone, augmented</i>	2	
BLEPHAMIDE S.O.P.	4	
<i>cortisone</i>	3	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	5	
<i>hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	5	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 40 mg</i>	5	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	5	
<i>prednisolone acetate</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	
<i>prednisone intensol</i>	2	
<i>prednisone oral solution</i>	2	
<i>prednisone oral tablet</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	
Antijaquecosos		
Agonistas De Los Receptores De La Serotonina (5-Ht) 1B/1D		
<i>naratriptan</i>	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
<i>sumatriptan</i>	4	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	5	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	5	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	5	QL (8 ML per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	5	QL (8 ML per 30 days)
<i>zolmitriptan</i>	4	QL (18 EA per 30 days)
Alcaloides De Ergotamina		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>dihydroergotamine injection</i>	5	
<i>dihydroergotamine nasal</i>	6	PA; QL (8 ML per 30 days)
<i>ergotamine-caffeine</i>	4	QL (40 EA per 28 days)
<i>migergot</i>	3	QL (5 EA per 7 days)
Profilácticos		
<i>divalproex</i>	2	
<i>timolol maleate oral</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA
<i>valproic acid</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
Antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>guanidine</i>	2	
MESTINON ORAL SYRUP	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	4	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, Otros		
<i>dapsone</i>	2	
PRIFTIN	4	
<i>rifabutin</i>	4	
Antituberculosos		
CAPASTAT	5	
<i>ethambutol</i>	2	
<i>isoniazid injection</i>	5	
<i>isoniazid oral</i>	2	
PASER	4	
<i>pyrazinamide</i>	2	
<i>rifampin intravenous</i>	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>rifampin oral</i>	2	
RIFATER	4	
SIRTURO	6	PA; QL (24 EA per 28 days)
TRECTOR	4	
Antineoplásicos		
Alquilantes		
<i>busulfan</i>	5	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	4	B/D
HEXALEN	6	
LEUKERAN	3	
MATULANE	6	
<i>melphalan hcl</i>	5	B/D
<i>thiotepa</i>	5	B/D
VALCHLOR	6	PA; QL (60 GM per 30 days)
Antiandrógenos		
<i>bicalutamide</i>	2	
<i>flutamide</i>	3	
<i>nilutamide</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
XTANDI	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
Antiangiogénicos		
POMALYST	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
Anticuerpos Monoclonales		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
BAVENCIO	6	PA	<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 350 mg</i>	5	B/D
CYRAMZA	6	PA	<i>leucovorin calcium oral</i>	3	
DARZALEX	6	PA; LA	<i>mitoxantrone</i>	3	B/D
EMPLICITI	6	PA	REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMFINZI	6	PA	SYLATRON	6	PA
KEYTRUDA	6	PA	SYNRIBO	6	B/D
LARTRUVO	6	PA	YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	6	PA
OPDIVO	6	PA	ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML)	6	PA
INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/4 ML			Antiestrogénicos/Modificadores		
RITUXAN	6	PA	EMCYT	4	
SYLVANT	6	PA	FARESTON	6	
INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG			SOLTAMOX	4	
TECENTRIQ	6	PA	<i>tamoxifen</i>	2	
			Antimetabolitos		
			DROXIA	4	
			<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram</i>	6	B/D
			<i>hydroxyurea</i>	2	
			LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	6	PA; QL (100 EA per 28 days)
			LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	6	PA; QL (80 EA per 28 days)
			PURIXAN	6	PA
			TABLOID	4	
			Antineoplásicos, Otros		
			ABRAXANE	6	B/D
			<i>fludarabine intravenous recon soln</i>	5	B/D
			FUSILEV	5	B/D
			<i>ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG</i>	6	B/D
			Antineoplásicos		
			ARRANON	6	B/D
			AVASTIN	6	B/D
			<i>azacitidine</i>	6	B/D
			BELEODAQ	6	PA
			BICNU	5	B/D
			<i>bleomycin injection recon soln 30 unit</i>	5	B/D
			<i>carboplatin intravenous solution</i>	5	B/D
			<i>cisplatin</i>	5	B/D
			<i>cladribine</i>	6	B/D
			<i>clofarabine</i>	5	B/D
			CLOLAR	5	B/D
			COSMEGEN	6	B/D
			<i>cytarabine</i>	5	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>cytarabine (pf) injection solution 2 gram/20 ml (100 mg/ml)</i>	5	B/D	JEVTANA	6	B/D
<i>dacarbazine intravenous recon soln 200 mg</i>	5	B/D	KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	6	PA
<i>daunorubicin intravenous solution</i>	5	B/D	<i>levoleucovorin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	B/D
<i>decitabine</i>	6	PA	LYNPARZA ORAL CAPSULE	6	PA; QL (480 EA per 30 days)
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg</i>	5	B/D	LYNPARZA ORAL TABLET	6	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>docetaxel intravenous solution 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	5	B/D	<i>mesna</i>	5	
<i>doxorubicin intravenous solution 50 mg/25 ml</i>	5	B/D	MESNEX ORAL	6	
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	B/D	<i>mitomycin</i>	5	B/D
ELITEK	6		MUSTARGEN	6	B/D
<i>epirubicin intravenous solution 200 mg/100 ml</i>	5	B/D	NINLARO	6	PA; QL (3 EA per 28 days)
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML	6	B/D	NIPENT	5	B/D
ERWINAZE	6	B/D	<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml</i>	5	B/D
FASLODEX	6		<i>paclitaxel</i>	5	B/D
GLEOSTINE	4		PROLEUKIN	6	B/D
HALAVEN	6	B/D	RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 440 MG	6	B/D	TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	6	B/D
<i>idarubicin</i>	5	B/D	TRISENOX	5	B/D
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	5	B/D	VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML)	6	B/D
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml</i>	5	B/D	VELCADE	6	B/D
ISTODAX	6	B/D	VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
			VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)	KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	6	PA; QL (21 EA per 28 days)
VENCLEXTA STARTING PACK	6	PA; QL (84 EA per 365 days)	KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	6	PA; QL (42 EA per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution</i>	5	B/D	KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	6	PA; QL (63 EA per 28 days)
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	B/D	<i>topotecan intravenous recon soln</i>	5	B/D
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	B/D	ZOLINZA	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	5	B/D	ZYDELIG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
VYXEOS	6	PA	<i>Inhibidores De La Aromatasa De Tercera Generación</i>		
YONDELIS	5	PA	<i>anastrozole</i>	2	
ZEJULA	6	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)	<i>exemestane</i>	4	
<i>Inhibidores De Enzimas</i>			<i>letrozole</i>	2	
ETOPOPHOS	5	B/D	<i>Inhibidores De Los Blancos Moleculares</i>		
<i>etoposide intravenous</i>	3	B/D	AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 7.5 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
FARYDAK	6	PA; QL (6 EA per 21 days)	AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
IBRANCE	6	PA; QL (21 EA per 28 days)	ALECENSA	6	PA; QL (240 EA per 30 days)
IDHIFA	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)	ALUNBRIG	6	PA; QL (180 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	6	PA; QL (49 EA per 28 days)	BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	6	PA; QL (70 EA per 28 days)	BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	6	PA; QL (91 EA per 28 days)	CABOMETYX	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
			CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
			CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	6	PA; QL (56 EA per 28 days)	LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	6	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	6	PA; QL (112 EA per 28 days)	LENVIMA ORAL CAPSULE 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	6	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	6	PA; QL (84 EA per 28 days)	MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
COTELLIC	6	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)	MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
ERIVEDGE	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	NERLYNX	6	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
GILOTRIF	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	NEXAVAR	6	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	ODOMZO	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	OFEV	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	6	PA; QL (240 EA per 30 days)	RYDAPT	6	PA; QL (224 EA per 28 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA	6	PA; QL (120 EA per 30 days)	SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	6	PA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	6	PA; QL (180 EA per 30 days)	SPRYCEL ORAL TABLET 50 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)	SPRYCEL ORAL TABLET 70 MG, 80 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
IRESSA	6	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)	STIVARGA	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
JAKAFI	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG	6	PA; QL (210 EA per 30 days)
KYPROLIS	6	PA	SUTENT ORAL CAPSULE 25 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY)	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
SUTENT ORAL CAPSULE 37.5 MG, 50 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	ALINIA ORAL TABLET	4	QL (6 EA per 3 days)
TAFINLAR	6	PA; QL (120 EA per 30 days)	<i>atovaquone</i>	6	PA
TAGRISSE	6	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)	<i>atovaquone-proguanil</i>	3	
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)	<i>chloroquine phosphate</i>	2	
TARCEVA ORAL TABLET 25 MG	6	PA; QL (180 EA per 30 days)	COARTEM	4	QL (24 EA per 2 days)
TASIGNA	6	PA; QL (120 EA per 30 days)	DARAPRIM	4	
TYKERB	6	PA; QL (660 EA per 30 days)	<i>hydroxychloroquine</i>	2	
VOTRIENT	6	PA; QL (120 EA per 30 days)	<i>mefloquine</i>	2	
XALKORI	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	NEBUPENT	4	B/D
ZELBORAF	6	PA; QL (240 EA per 30 days)	PENTAM	5	B/D
ZYKADIA	6	PA; QL (150 EA per 30 days)	<i>primaquine</i>	3	
			<i>quinine sulfate</i>	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
Retinoides			<i>Pediculicidas/Escabicidas</i>		
<i>bexarotene</i>	6	PA; QL (300 EA per 30 days)	EURAX	4	
PANRETIN	6	PA	<i>lindane topical shampoo</i>	2	
TARGRETIN TOPICAL	6	PA; QL (60 GM per 30 days)	<i>malathion</i>	3	
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	6		<i>permethrin topical cream</i>	2	
<i>tretinoin topical cream</i>	2	PA			
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>	2	PA			
			Antiparkinsonianos		
Antiparasitarios			<i>Agonistas De La Dopamina</i>		
Antihelmínticos			APOKYN	6	PA
ALBENZA	4		<i>bromocriptine</i>	3	
BILTRICIDE	3		NEUPRO	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>ivermectin</i>	2		<i>pramipexole oral tablet</i>	2	
Antiprotozoicos			<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
			<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.75 mg</i>	4	QL (180 EA per 30 days)
			<i>pramipexole oral tablet extended release 24 hr 1.5 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)
			<i>ropinirole oral tablet</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
Anticolinérgicos		
<i>benztropine oral</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	5	
<i>trihexyphenidyl</i>	2	
Antiparkinsonianos, Otros		
<i>amantadine hcl</i>	2	
<i>entacapone</i>	4	QL (240 EA per 30 days)
<i>tolcapone</i>	6	QL (180 EA per 30 days)
Antiparkinsonianos		
<i>carbidopa</i>	4	
Inhibidores De La Monoaminoxidasa B (Mao-B)		
<i>rasagiline</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	3	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	2	
Precusores De La Dopamina/Inhibidores De La L-Aminoácido Descarboxilasa		
<i>carbidopa-levodopa</i>	2	
Antipsicóticos		
Primera Generación/Típicos		
<i>chlorpromazine injection</i>	5	
<i>chlorpromazine oral</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate</i>	5	
<i>fluphenazine hcl injection</i>	5	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	2	
<i>haloperidol</i>	2	
<i>haloperidol decanoate</i>	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>haloperidol lactate injection</i>	5	
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	
<i>loxapine succinate</i>	2	
<i>perphenazine</i>	2	
<i>pimozide</i>	3	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	5	B/D
<i>prochlorperazine maleate</i>	2	
<i>thioridazine</i>	2	PA
<i>thiothixene</i>	2	
<i>trifluoperazine</i>	2	
Resistentes Al Tratamiento		
<i>clozapine oral tablet</i>	3	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	4	
VERSACLOZ	6	QL (540 ML per 30 days)
Segunda Generación/Atípicos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTE NDED REL RECON 300 MG	6	PA
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTE NDED REL SYRING	6	PA
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 5 mg</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	6	QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
ARISTADA	6	PA	<i>quetiapine oral tablet</i>	2	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	QL (60 EA per 30 days)	<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG	6	QL (60 EA per 30 days)	REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK	4	QL (8 EA per 30 days)	REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
GEODON INTRAMUSCULAR	5		RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SYRINGE 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	5	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML	6	PA	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SYRINGE 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	6	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML	5	PA	<i>risperidone oral solution</i>	3	
INVEGA TRINZA	6	PA	<i>risperidone oral tablet</i>	2	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	<i>risperidone oral tablet,disintegrating</i>	4	
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)	SAPHRIS (BLACK CHERRY)	4	QL (60 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)	VRAYLAR ORAL CAPSULE	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID	6	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK	4	PA; QL (7 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	5		<i>ziprasidone hcl</i>	4	
<i>olanzapine oral tablet</i>	2		ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	5	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i>	4				
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	6	PA; QL (30 EA per 30 days)			
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	6	PA; QL (60 EA per 30 days)			
			Antivíricos		
			<i>Anticitomegalovirus (Cmv)</i>		
			<i>cidofovir</i>	5	
			<i>ganciclovir sodium</i>	2	B/D
			<i>valganciclovir</i>	6	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
ZIRGAN	4	QL (5 GM per 30 days)	<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
Antigripales			VIREAD ORAL POWDER	4	QL (225 GM per 30 days)
<i>amantadine hcl</i>	2		VIREAD ORAL TABLET 150 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	4	QL (56 EA per 180 days)	VIREAD ORAL TABLET 200 MG, 250 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	4	QL (42 EA per 180 days)	VIREAD ORAL TABLET 300 MG	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	4	QL (28 EA per 180 days)	Antihepatíticos Contra La Hepatitis C (Hcv)		
RELENZA DISKHALER	3	QL (60 EA per 180 days)	DAKLINZA	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>rimantadine</i>	2		EPCLUSA	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	QL (1080 ML per 365 days)	HARVONI	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
Antihepatíticos Contra La Hepatitis B (Hbv)			INTRON A INJECTION RECON SOLN	6	PA
<i>adefovir</i>	6	QL (30 EA per 30 days)	INTRON A INJECTION SOLUTION 6 MILLION UNIT/ML	6	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION	4	QL (630 ML per 30 days)	<i>moderiba</i>	2	
<i>entecavir</i>	6	QL (30 EA per 30 days)	PEGASYS PROCLICK	6	PA; QL (2 ML per 30 days)
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	3		PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	6	PA; QL (4 ML per 30 days)
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML)	6	PA	PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	6	PA; QL (2 ML per 30 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION	6	PA	PEGINTRON REDIPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MCG/0.5 ML	6	PA
<i>lamivudine oral solution</i>	3	QL (900 ML per 30 days)	PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	6	PA
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3		<i>ribasphere</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)	<i>ribavirin oral capsule</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2		APTIVUS ORAL CAPSULE	6	QL (120 EA per 30 days)
SOVALDI	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	APTIVUS ORAL SOLUTION	6	QL (300 ML per 30 days)
SYLATRON	6	PA	CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (270 EA per 30 days)
Antiherpéticos			CRIXIVAN ORAL CAPSULE 400 MG	3	QL (180 EA per 30 days)
<i>acyclovir oral capsule</i>	2		EVOTAZ	6	QL (30 EA per 30 days)
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	2		INVIRASE ORAL CAPSULE	6	QL (300 EA per 30 days)
<i>acyclovir oral tablet</i>	2		INVIRASE ORAL TABLET	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	5	B/D	KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
<i>acyclovir topical</i>	4	PA; QL (30 GM per 30 days)	KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>famciclovir</i>	2		LEXIVA ORAL SUSPENSION	4	QL (1680 ML per 30 days)
<i>trifluridine</i>	3		LEXIVA ORAL TABLET	6	QL (120 EA per 30 days)
<i>valacyclovir</i>	2		<i>lopinavir-ritonavir</i>	6	QL (390 ML per 30 days)
Antirretrovíricos, Inhibidores De La Integrasa (Insti)			NORVIR ORAL CAPSULE	4	QL (360 EA per 30 days)
GENVOYA	6	QL (30 EA per 30 days)	NORVIR ORAL SOLUTION	4	QL (450 ML per 30 days)
ISENTRESS HD	6	QL (60 EA per 30 days)	NORVIR ORAL TABLET	4	QL (360 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	3	QL (60 EA per 30 days)	PREZCOBIX	6	QL (30 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET	6	QL (120 EA per 30 days)	PREZISTA ORAL SUSPENSION	6	QL (360 ML per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	6	QL (180 EA per 30 days)	PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	QL (180 EA per 30 days)	PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	6	QL (60 EA per 30 days)
STRIBILD	6	QL (30 EA per 30 days)	PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 EA per 30 days)	PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	6	QL (30 EA per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	6	QL (60 EA per 30 days)			
Antirretrovíricos, Inhibidores De La Proteasa					

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
REYATAZ ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	6	QL (60 EA per 30 days)	SUSTIVA ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG	6	QL (30 EA per 30 days)	<i>Antirretrovíricos, Inhibidores Nucleosídicos Y Nucleotídicos De La Transcriptasa Inversa (Nrti)</i>		
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	6	QL (240 EA per 30 days)	<i>abacavir oral tablet</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	6	QL (270 EA per 30 days)	<i>abacavir-lamivudine</i>	6	QL (30 EA per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	6	QL (120 EA per 30 days)	<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	6	QL (60 EA per 30 days)
<i>Antirretrovíricos, Inhibidores No Nucleosídicos De La Transcriptasa Inversa (Nnrti)</i>			ATRIPLA	6	QL (30 EA per 30 days)
COMPLERA	6	QL (30 EA per 30 days)	DESCOVY	6	QL (30 EA per 30 days)
EDURANT	6	QL (60 EA per 30 days)	<i>didanosine</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG	6	QL (120 EA per 30 days)	EMTRIVA ORAL CAPSULE	4	QL (30 EA per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG	6	QL (60 EA per 30 days)	EMTRIVA ORAL SOLUTION	4	QL (720 ML per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (360 EA per 30 days)	<i>lamivudine oral solution</i>	3	QL (900 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension</i>	3	QL (1200 ML per 30 days)	<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	3	
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)	<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	4	QL (90 EA per 30 days)	<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>lamivudine-zidovudine</i>	4	QL (60 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET	4	QL (180 EA per 30 days)	ODEFSEY	6	QL (30 EA per 30 days)
RESCRIPTOR ORAL TABLET, DISPERSIBLE	4	QL (360 EA per 30 days)	RETROVIR INTRAVENOUS	5	
SUSTIVA ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (90 EA per 30 days)	<i>stavudine oral capsule</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
SUSTIVA ORAL CAPSULE 50 MG	3	QL (180 EA per 30 days)	<i>stavudine oral recon soln</i>	2	QL (2400 ML per 30 days)
			TRUVADA	6	QL (30 EA per 30 days)
			VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
VIREAD ORAL POWDER	4	QL (225 GM per 30 days)	<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i>	4	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG	4	QL (60 EA per 30 days)	<i>quetiapine oral tablet</i>	2	
VIREAD ORAL TABLET 200 MG, 250 MG	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
VIREAD ORAL TABLET 300 MG	6	QL (30 EA per 30 days)	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SYRINGE 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	5	
ZERIT ORAL RECON SOLN	2	QL (2400 ML per 30 days)	RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SYRINGE 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	6	
ZIAGEN ORAL SOLUTION	4	QL (900 ML per 30 days)	<i>risperidone oral solution</i>	3	
<i>zidovudine oral capsule</i>	2	QL (180 EA per 30 days)	<i>risperidone oral tablet</i>	2	
<i>zidovudine oral syrup</i>	2	QL (1800 ML per 30 days)	<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i>	4	
<i>zidovudine oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	SAPHRIS (BLACK CHERRY)	4	QL (60 EA per 30 days)
Antirretrovíricos, Otros			VRAYLAR ORAL CAPSULE	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	6	QL (60 EA per 30 days)	VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK	4	PA; QL (7 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG	6	QL (60 EA per 30 days)	<i>ziprasidone hcl</i>	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	4	QL (240 EA per 30 days)	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	5	
SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG	6	QL (120 EA per 30 days)			
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	QL (60 EA per 30 days)			
TRIUMEQ	6	QL (30 EA per 30 days)			
TYBOST	3	QL (30 EA per 30 days)			
Bipolares			Estabilizadores Del Estado De Ánimo		
Bipolares, Otros			<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	3	
GEODON INTRAMUSCULAR	5		<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	3	
<i>olanzapine intramuscular</i>	5		<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet</i>	2				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg</i>	3		Agonistas Adrenérgicos Alfa		
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	2		<i>clonidine</i>	3	
<i>divalproex</i>	2		<i>clonidine hcl oral tablet</i>	2	
<i>epitol</i>	2		<i>guanfacine oral tablet</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2		<i>methyldopa</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2		<i>midodrine</i>	3	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4		NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	6	PA; QL (252 EA per 90 days)
<i>lithium carbonate</i>	2		NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG	6	PA; QL (126 EA per 90 days)
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2		NORTHERA ORAL CAPSULE 300 MG	6	PA; QL (84 EA per 90 days)
<i>valproic acid</i>	2		Antagonistas De Los Receptores De La Angiotensina Ii		
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2		<i>candesartan oral tablet 16 mg</i>	3	ST; QL (60 EA per 30 days)
Bucodentales			<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
Bucodentales			<i>candesartan oral tablet 4 mg</i>	3	ST; QL (240 EA per 30 days)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	2		<i>candesartan oral tablet 8 mg</i>	3	ST; QL (120 EA per 30 days)
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2		EDARBI	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2		<i>eprosartan</i>	2	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	2		<i>irbesartan</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
KEPIVANCE	6	B/D	<i>losartan</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>minocycline oral capsule</i>	2		<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>minocycline oral tablet</i>	3		<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>periogard</i>	2		Antiarrítmicos		
<i>pilocarpine hcl oral</i>	3		<i>amiodarone oral</i>	2	
<i>triamcinolone acetate dental</i>	3		<i>disopyramide</i>	2	
Cardiovasculares			<i>phosphate oral capsule</i>	4	
			<i>dofetilide</i>	4	
			<i>flecainide</i>	2	
			<i>mexiletine</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
MULTAQ	3	QL (60 EA per 30 days)	ADALAT CC ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 90 MG	2	
<i>propafenone oral tablet</i>	2		<i>afeditab cr</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral</i>	4		<i>amlodipine</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2		<i>cartia xt</i>	2	
<i>sorine</i>	2		<i>diltiazem hcl intravenous recon soln</i>	5	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg</i>	2		<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg</i>	2	(generic Cardizem SR)
<i>sotalol oral tablet 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2		<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 60 mg, 90 mg</i>	2	
Bloqueantes Adrenérgicos Alfa			<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg, 360 mg</i>	2	(generic Taztia XT, Tiazac)
<i>doxazosin</i>	2		<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i>	2	
<i>prazosin</i>	2		<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	(generic Cardizem CD, Cartia XT)
<i>terazosin</i>	2		<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	
Bloqueantes Adrenérgicos Beta			<i>dilt-xr</i>	2	
<i>acebutolol</i>	2		<i>felodipine</i>	2	
<i>atenolol</i>	1		<i>isradipine</i>	3	
<i>betaxolol oral</i>	3		<i>matzim la</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate</i>	2		<i>nicardipine oral</i>	2	
BYSTOLIC	3		<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1		<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	
<i>labetalol oral</i>	2		<i>nimodipine</i>	4	
<i>metoprolol succinate</i>	2		<i>taztia xt</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous</i>	5		<i>verapamil intravenous solution</i>	5	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1		<i>verapamil oral</i>	2	
<i>nadolol</i>	2				
<i>pindolol</i>	2				
<i>propranolol intravenous</i>	5				
<i>propranolol oral</i>	2				
<i>timolol maleate oral</i>	2				
Bloqueantes De Los Canales De Calcio					
<i>adalat cc oral tablet extended release 30 mg, 60 mg</i>	2				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
Cardiovasculares, Otros			DEMSER	4	
<i>digitek</i>	2	PA	EDARBYCLOR	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral solution 50 mcg/ml</i>	3	PA	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>digoxin oral tablet</i>	2	PA	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	4	PA	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
LANOXIN ORAL TABLET 187.5 MCG	4	PA; QL (30 EA per 30 days)	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG	4	PA; QL (60 EA per 30 days)	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>pentoxifylline</i>	2		<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
RANEXA	4	ST; QL (60 EA per 30 days)	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	2	
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK	6	PA; QL (200 EA per 180 days)	<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	2	
Cardiovasculares			<i>nadolol-bendroflumethiazide</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2		<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	2	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	2	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	2		<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	2	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 5-40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	2		<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1				
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	2				
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	3	ST; QL (30 EA per 30 days)			
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	2				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
Dislipidémicos, Derivados Del Ácido Fóbrico		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg</i>	4	ST; (generic Antara); QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	(generic Lofibra); QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 43 mg</i>	4	ST; (generic Antara); QL (60 EA per 30 days)
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg</i>	2	(generic Tricor); QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 48 mg</i>	2	(generic Tricor); QL (90 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg</i>	2	(generic Lofibra); QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 54 mg</i>	2	(generic Lofibra); QL (60 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid (choline)</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil</i>	2	QL (75 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Inhibidores De La Hidroximetilglutaril-Coenzima A (Hmg-Coa) Reductasa		
<i>atorvastatin</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 80 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>simvastatin</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros		
<i>cholestyramine light</i>	2	
<i>colestipol oral granules</i>	3	
<i>colestipol oral tablet</i>	2	
<i>ezetimibe</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
KYNAMRO	6	PA; QL (4 ML per 28 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>niacor</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	4	QL (120 EA per 30 days)
PRALUENT PEN	6	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>prevalite oral powder</i>	2	
WELCHOL	4	
Diuréticos, Ahorradores De Potasio		
<i>amiloride</i>	2	
<i>eplerenone</i>	4	
<i>spironolactone</i>	2	
Diuréticos, Asa		
<i>bumetanide injection</i>	5	
<i>bumetanide oral</i>	1	
<i>furosemide injection solution</i>	5	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet</i>	1	
<i>torseamide oral</i>	2	
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica		

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>acetazolamide oral capsule, extended release</i>	4	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	2	
<i>methazolamide</i>	3	
Diuréticos, Tiazidas		
<i>chlorothiazide</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>methyclothiazide</i>	2	
<i>metolazone</i>	2	
Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (Ace)		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>benazepril oral tablet 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>captopril</i>	1	
<i>enalapril maleate</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>fosinopril oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>fosinopril oral tablet 40 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>lisinopril</i>	1	
<i>moexipril</i>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>perindopril erbumine oral tablet 8 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>quinapril</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
Vasodilatadores Arteriales De Acción Directa		
BIDIL	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydralazine injection</i>	5	
<i>hydralazine oral</i>	2	
<i>minoxidil oral</i>	2	
Vasodilatadores Arteriales/Venosos De Acción Directa		
<i>isosorbide dinitrate oral</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>minitran</i>	2	
NITRO-BID	3	
<i>nitroglycerin intravenous</i>	5	
<i>nitroglycerin sublingual</i>	3	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual spray, non-aerosol</i>	4	
Dermatológicos		
Dermatológicos		
<i>acitretin</i>	6	
<i>adapalene topical cream</i>	4	PA
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	4	PA
<i>ammonium lactate</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion</i>	2	
<i>calcipotriene</i>	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>calcitriol topical</i>	4		PICATO TOPICAL	3	QL (2 EA per 30 days)
<i>claravis</i>	4		GEL 0.05 %		
<i>clotrimazole- betamethasone topical cream</i>	2		<i>podofilox</i>	2	
<i>clotrimazole- betamethasone topical lotion</i>	4		<i>prednicarbate topical cream</i>	3	
COSENTYX	6	PA	REGRANEX	6	PA; QL (15 GM per 2 days)
COSENTYX PEN	6	PA	SANTYL	4	QL (180 GM per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	3		<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	6		<i>tazarotene</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	2		TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	PA
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2		TAZORAC TOPICAL GEL	4	PA
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2		TOLAK	3	
ELIDEL	4	ST; QL (100 GM per 30 days)	<i>tretinoin topical cream</i>	2	PA
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	2		<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i>	2	PA
<i>fluorouracil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	5	B/D	VALCHLOR	6	PA; QL (60 GM per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream</i>	3		<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>fluticasone topical ointment</i>	2		ZENATANE ORAL CAPSULE 40 MG	4	
<i>imiquimod</i>	2	QL (24 EA per 30 days)	Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Medicamentos Contra La		
<i>methoxsalen</i>	6		Aminosalicilatos		
<i>myorisan</i>	4		APRISO	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	4		<i>balsalazide</i>	2	
PICATO TOPICAL GEL 0.015 %	3	QL (3 EA per 30 days)	CANASA	6	
			DIPENTUM	6	ST
			LIALDA	3	QL (120 EA per 30 days)
			<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	3	QL (120 EA per 30 days)
			Glucocorticoides		
			<i>budesonide oral</i>	6	PA; QL (90 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>colocort</i>	4	
<i>cortisone</i>	3	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	
<i>hydrocortisone oral</i>	2	
<i>hydrocortisone rectal</i>	3	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	5	
<i>prednisolone acetate</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	
<i>prednisone intensol</i>	2	
<i>prednisone oral solution</i>	2	
<i>prednisone oral tablet</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>proctosol hc topical</i>	2	

Sulfonamidas

sulfasalazine 1

Enfermedad Ósea Metabólica, Medicamentos Contra La

Enfermedad Ósea Metabólica, Medicamentos Contra La

<i>alendronate oral solution</i>	2	QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon)</i>	2	QL (3.7 ML per 30 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	5	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>calcitriol oral capsule</i>	2	B/D
<i>calcitriol oral solution</i>	3	B/D
<i>doxercalciferol intravenous</i>	5	B/D
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg</i>	3	B/D
<i>doxercalciferol oral capsule 1 mcg, 2.5 mcg</i>	6	B/D
<i>etidronate disodium</i>	3	
FORTEO	6	PA
<i>ibandronate intravenous solution</i>	5	PA
<i>ibandronate oral</i>	2	ST; QL (1 EA per 30 days)
MIACALCIN INJECTION	5	
NATPARA	6	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol intravenous</i>	5	B/D
<i>paricalcitol oral</i>	4	
PROLIA	5	PA
<i>risedronate oral tablet 30 mg</i>	3	
TYMLOS	6	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA	6	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
ZEMPLAR INTRAVENOUS	5	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	5	PA
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	5	PA

Gastrointestinales

Antagonistas De Los Receptores De La Histamina 2 (H2)

<i>cimetidine</i>	2	
<i>cimetidine hcl oral</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>famotidine (pf)</i>	5	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>nizatidine</i>	2	
<i>ranitidine hcl injection solution 50 mg/2 ml (25 mg/ml)</i>	5	
<i>ranitidine hcl oral capsule</i>	2	
<i>ranitidine hcl oral syrup</i>	2	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
Antiespasmódicos, Gastrointestinales		
<i>atropine injection syringe 0.05 mg/ml</i>	5	
<i>dicyclomine oral capsule</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>methscopolamine</i>	4	
<i>propantheline</i>	2	
TRANSDERM-SCOP	4	
Gastrointestinales, Otros		
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG	6	PA; QL (150 EA per 30 days)
CHOLBAM ORAL CAPSULE 50 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
GATTEX ONE-VIAL	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>loperamide oral capsule</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	5	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
OICALIVA	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>proctozone-hc</i>	2	
RELISTOR ORAL	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE	6	PA
<i>ursodiol oral capsule</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet</i>	4	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
DEXILANT	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	4	
<i>esomeprazole sodium</i>	5	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	2	
<i>pantoprazole intravenous</i>	5	
<i>pantoprazole oral</i>	2	
<i>rabeprazole</i>	2	
Laxantes		
<i>constulose</i>	2	
<i>enulose</i>	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>golytely</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>peg-electrolyte soln</i>	2	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	2	
<i>trilyte with flavor packets</i>	2	
Protectores		
<i>misoprostol</i>	2	
<i>sucralfate oral tablet</i>	2	
Síndrome Del Colon Irritable, Medicamentos Contra El		
<i>alosetron</i>	6	PA
AMITIZA	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>budesonide oral</i>	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
Genitourinarios		
Antiespasmódicos, Urinarios		
<i>flavoxate</i>	3	
MYRBETRIQ	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>tolterodine oral tablet</i>	3	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>tropium oral tablet</i>	3	QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
VESICARE ORAL TABLET 10 MG	3	ST; QL (30 EA per 30 days)
VESICARE ORAL TABLET 5 MG	3	ST; QL (60 EA per 30 days)
Genitourinarios, Otros		
<i>bethanechol chloride</i>	2	
DEPEN TITRATABS	6	PA
ELMIRON	4	
<i>potassium citrate</i>	3	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	6	PA
THIOLA	6	PA
Hipertrofia Prostática Benigna, Medicamentos Contra La		
<i>alfuzosin</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin</i>	2	
<i>dutasteride</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>prazosin</i>	2	
<i>tamsulosin</i>	2	
<i>terazosin</i>	2	
Quelantes De Fosfato		
<i>calcium acetate oral capsule</i>	3	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	3	
<i>eliphos</i>	3	
FOSRENOL	6	
REVELA	3	
<i>sevelamer carbonate</i>	3	
Hemoderivados/Modificadores Sanguíneos/Expansores Del Volumen Sanguíneo		
Anticoagulantes		
COUMADIN ORAL	4	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (70 EA per 180 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)	FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML	6	QL (16.8 ML per 60 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i>	5	QL (60 ML per 30 days)	FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML	6	QL (20.16 ML per 60 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	5	QL (60 ML per 30 days)	FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML	5	QL (5.6 ML per 60 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	5	QL (48 ML per 30 days)	FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML	6	QL (8.4 ML per 60 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	5	QL (18 ML per 30 days)	<i>heparin (porcine) injection solution</i>	5	
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	5	QL (24 ML per 30 days)	<i>jantoven</i>	1	
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	5	QL (36 ML per 30 days)	PRADAXA	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	6	QL (24 ML per 30 days)	<i>warfarin</i>	1	
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	5	QL (15 ML per 30 days)	XARELTO ORAL TABLET	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	6	QL (12 ML per 30 days)	XARELTO ORAL TABLETS,DOSE PACK	3	QL (102 EA per 365 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	6	QL (18 ML per 30 days)	Coagulantes		
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION	6	QL (7.6 ML per 60 days)	<i>tranexamic acid intravenous</i>	5	
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SYRINGE 10,000 ANTI-XA UNIT/ML, 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML	6	QL (14 ML per 60 days)	<i>tranexamic acid oral</i>	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
			Modificadores Para La Formación De La Sangre		
			<i>anagrelide</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML	6	PA; QL (4 ML per 28 days)	ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 500 MCG/ML	6	PA; QL (4 ML per 28 days)
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	5	PA; QL (4 ML per 28 days)	GRANIX	6	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 10 MCG/0.4 ML, 40 MCG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)	LEUKINE INJECTION RECON SOLN	6	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.5 ML	6	PA; QL (2 ML per 28 days)	MIRCERA INJECTION SYRINGE 100 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.3 ML, 50 MCG/0.3 ML, 75 MCG/0.3 ML	5	PA; QL (0.6 ML per 28 days)
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 150 MCG/0.3 ML, 60 MCG/0.3 ML	6	PA; QL (1.2 ML per 28 days)	MOZOBIL	6	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 200 MCG/0.4 ML	6	PA; QL (1.6 ML per 28 days)	NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE	6	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 25 MCG/0.42 ML	5	PA; QL (1.68 ML per 28 days)	NEUPOGEN	6	PA
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.6 ML	6	PA; QL (2.4 ML per 28 days)	PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	5	PA
			PROCRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	6	PA
			PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 50 MG, 75 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
			PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
			Modificadores Plaquetarios		
			<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	
			BRILINTA	4	QL (60 EA per 30 days)
			<i>cilostazol</i>	2	
			<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	2	QL (30 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
EFFIENT	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>prasugrel</i>	4	QL (30 EA per 30 days)
ZONTIVITY	4	PA; QL (30 EA per 30 days)

Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hipofisarios)

Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hipofisarios)

<i>chorionic gonadotropin, human</i>	5	B/D
<i>desmopressin injection</i>	5	
<i>desmopressin nasal solution</i>	4	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol</i>	4	
<i>desmopressin oral</i>	3	
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
GENOTROPIN	6	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	6	PA
INCRELEX	6	PA; LA
MYALEPT	6	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	6	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG	6	PA
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	5	PA

Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)

Andrógenos

ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN METERED-DOSE PUMP 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %)	3	PA; QL (150 GM per 30 days)
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM)	3	PA; QL (37.5 GM per 30 days)
ANDROGEL TRANSDERMAL GEL IN PACKET 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM)	3	PA; QL (150 GM per 30 days)
<i>danazol</i>	4	
<i>testosterone cypionate</i>	5	B/D
<i>testosterone enanthate</i>	5	B/D; QL (5 ML per 30 days)

Esteroides Anabolizantes

ANADROL-50	6	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	6	PA
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	3	PA

Estrógenos

ALORA	4	PA; QL (16 EA per 28 days)
-------	---	----------------------------

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
DEPO-ESTRADIOL	5	B/D	<i>drospirenone-ethinyl</i>	2	
<i>estradiol oral</i>	2	PA	<i>estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>		
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	2	PA; QL (16 EA per 28 days)	<i>emoquette</i>	2	
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	2	PA; QL (8 EA per 28 days)	<i>enpresse</i>	2	
ESTRING	3	QL (1 EA per 84 days)	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	3	PA
<i>estropipate</i>	2	PA	<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	2	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG	4	PA	<i>falmina (28)</i>	2	
PREMARIN VAGINAL	3		<i>femynor</i>	2	
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)			<i>gianvi (28)</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2		<i>gildagia</i>	2	
<i>amabelz</i>	3	PA	<i>introvale</i>	2	
<i>amethia</i>	2		<i>isibloom</i>	2	
<i>apri</i>	2		<i>jinteli</i>	2	PA
<i>aranelle (28)</i>	2		<i>juleber</i>	2	
<i>aubra</i>	2		<i>junel 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>aviane</i>	2		<i>junel 1/20 (21)</i>	2	
<i>balziva (28)</i>	2		<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>bekyree (28)</i>	2		<i>junel fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	2		<i>junel fe 24</i>	2	
<i>briellyn</i>	2		<i>kariva (28)</i>	2	
<i>budesonide oral</i>	6	PA; QL (90 EA per 30 days)	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	
<i>caziant (28)</i>	2		<i>kimidess (28)</i>	2	
COMBIPATCH	4	PA; QL (8 EA per 28 days)	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>		
<i>cryselle (28)</i>	2		<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>deblitane</i>	2		<i>larissia</i>	2	
<i>delyla (28)</i>	2		<i>lessina</i>	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg</i>		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	2		<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>levora-28</i>	2		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>lomedina 24 fe</i>	2		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>low-ogestrel (28)</i>	2		NUVARING	3	QL (1 EA per 28 days)
<i>luterá (28)</i>	2		<i>ocella</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2		<i>ogestrel (28)</i>	2	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2		<i>orsythia</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2		<i>pimtree (28)</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2		<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>mimvey</i>	3	PA	<i>portia</i>	2	
<i>mimvey lo</i>	2	PA	<i>previfem</i>	2	
<i>mononessa (28)</i>	2		<i>quasense</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	2		<i>reclipsen (28)</i>	2	
<i>necon 1/50 (28)</i>	2		<i>setlakin</i>	2	
<i>necon 7/7/7 (28)</i>	2		<i>sharobel</i>	2	
<i>nikki (28)</i>	2		<i>sprintec (28)</i>	2	
<i>nora-be</i>	2		<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet, chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i>	2		<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2		<i>trinessa (28)</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	2	PA	<i>tri-previfem (28)</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2		<i>tri-sprintec (28)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	2		<i>trivora (28)</i>	2	
<i>norlyroc</i>	2		<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2		<i>vestura (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2		<i>vienva</i>	2	
			<i>vyfemla (28)</i>	2	
			<i>wymzya fe</i>	2	
			<i>zenchent (28)</i>	2	
			<i>zenchent fe</i>	2	
			<i>zovia 1/35e (28)</i>	2	
			<i>zovia 1/50e (28)</i>	2	
			Modificadores Selectivos De Los Receptores Estrogénicos		
			<i>raloxifene</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
			Progestinas		
			<i>camila</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SOLUTION	5	B/D	ALA-CORT TOPICAL CREAM 1 %	2	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION	5		<i>ala-cort topical cream 2.5 %</i>	2	
<i>errin</i>	2		<i>alclometasone</i>	2	
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	6	PA; QL (5 ML per 30 days)	<i>betamethasone dipropionate topical cream</i>	2	
<i>jolivette</i>	2		<i>betamethasone dipropionate topical ointment</i>	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension</i>	5	B/D	<i>betamethasone valerate topical cream</i>	2	
<i>medroxyprogesterone oral</i>	2		<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	2	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	PA	<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	2	
<i>megestrol oral suspension 625 mg/5 ml</i>	4	PA	<i>betamethasone, augmented</i>	2	
<i>megestrol oral tablet</i>	2	PA	<i>clobetasol scalp</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	2		<i>clobetasol topical gel</i>	2	
<i>norethindrone acetate</i>	2		<i>clobetasol topical ointment</i>	3	
<i>progesterone micronized</i>	2		<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	3	
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Prostaglandinas)			<i>cortisone</i>	3	
<i>Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Prostaglandinas)</i>			<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i>	4	
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	2		<i>desoximetasone topical gel</i>	4	
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Suprarrenales)			<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	
<i>Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Suprarrenales)</i>			<i>dexamethasone oral tablet</i>	2	
ACTHAR H.P.	6	PA	<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	5	
			<i>fludrocortisone</i>	2	
			<i>fluocinolone acetonide oil</i>	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>fluocinolone topical cream</i>	3		<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	5	
<i>fluocinolone topical ointment</i>	3		<i>micort-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical solution</i>	3		<i>mometasone topical</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2		<i>prednicarbate topical ointment</i>	3	
<i>fluocinonide topical gel</i>	2		<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment</i>	2		<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	
<i>fluocinonide topical solution</i>	3		<i>prednisone intensol</i>	2	
<i>fluocinonide-e</i>	2		<i>prednisone oral solution</i>	2	
<i>fluticasone topical cream</i>	2		<i>prednisone oral tablet</i>	2	
<i>fluticasone topical ointment</i>	2		<i>procto-pak</i>	2	
<i>halobetasol propionate</i>	3		<i>proctozone-hc</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment</i>	3	ST	<i>triamcinolone acetonide topical cream</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate topical solution</i>	3	ST	<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	2	
<i>hydrocortisone oral</i>	2		<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %</i>	2		<i>triderm topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2				
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	2				
<i>hydrocortisone valerate</i>	3	ST			
<i>methylprednisolone</i>	2				
<i>methylprednisolone acetate</i>	5				
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 40 mg</i>	5				
			Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Tiroideos)		
			Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Tiroideos)		
			<i>levothyroxine oral</i>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	2	
<i>liothyronine oral</i>	2	
SYNTHROID	3	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	2	

Hormonales, Supresores (Hipofisarios)

Hormonales, Supresores (Hipofisarios)

<i>bromocriptine</i>	3	
<i>cabergoline</i>	3	QL (16 EA per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	6	B/D
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	5	B/D
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	5	
LUPRON DEPOT	6	B/D
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	6	B/D
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	6	B/D
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	6	B/D
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	6	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	6	PA; (vial)
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	5	PA; (ampul)
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	5	PA; (vial)
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	6	PA; (ampul)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON	6	PA
SIGNIFOR	6	PA; QL (60 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT	6	PA
SOMAVERT	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
SYNAREL	6	

Hormonales, Supresores (Paratiroideos)

Hormonales, Supresores (Paratiroideos)

SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG	3	
SENSIPAR ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	6	

Hormonales, Supresores (Suprarrenales)

Hormonales, Supresores (Suprarrenales)

LYSODREN	3	
----------	---	--

Hormonales, Supresores (Tiroideos)

Antitiroideos

<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propylthiouracil</i>	2	

Inmunológicos

Angioedema (Hae), Medicamentos Contra El

BERINERT INTRAVENOUS KIT	6	PA
--------------------------	---	----

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
CINRYZE	6	B/D	Inmunomoduladores		
FIRAZYR	6	PA; QL (36 ML per 60 days)	ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	6	PA; QL (40 ML per 28 days)
RUCONEST	6	PA	ACTIMMUNE	6	PA
Inmunizadores, Pasivos			ARCALYST	6	PA
BIVIGAM	6	PA	ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN	6	PA
<i>carimune nf nanofiltered intravenous recon soln 6 gram</i>	6	PA	KEYTRUDA	6	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	6	PA	<i>leflunomide</i>	2	
GAMASTAN S/D	5	PA	RIDAURA	6	
<i>gammagard liquid</i>	6	PA	SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	6	PA
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	6	PA	TYSABRI	6	PA; LA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	6	PA	Inmunosupresores		
GAMMAPLEX	6	PA	ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	6	PA; QL (40 ML per 28 days)
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	6	PA	AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	6	PA	AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 3 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
IMOGAM RABIES-HT (PF)	5	B/D	AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
OCTAGAM	6	PA	AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>privigen</i>	6	PA	<i>azathioprine</i>	2	B/D
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5 ML	6	PA	<i>azathioprine sodium</i>	5	B/D
THYMOGLOBULIN	6	PA	BENLYSTA INTRAVENOUS	6	PA
Inmunológicos			BENLYSTA SUBCUTANEOUS	6	PA; QL (4 ML per 28 days)
<i>leflunomide</i>	2				
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5 ML	6	PA			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>cyclosporine intravenous</i>	5	B/D	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	5	PA
<i>cyclosporine modified</i>	3	B/D	<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D	<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	4	PA
DEPEN TITRATABS	6	PA	<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	3	PA
ELIDEL	4	ST; QL (100 GM per 30 days)	<i>mycophenolate sodium</i>	4	PA
ENBREL	6	PA	NULOJIX	6	B/D
ENBREL SURECLICK	6	PA	OTEZLA	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
ENVARUSUS XR	4	B/D; ST	OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	6	PA; QL (55 EA per 28 days)
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	3	B/D	OTREXUP (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.4 ML, 12.5 MG/0.4 ML, 15 MG/0.4 ML, 17.5 MG/0.4 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.4 ML, 25 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
GENGRAF ORAL CAPSULE 50 MG	3	B/D	PROGRAF INTRAVENOUS	5	B/D
<i>gengraf oral solution</i>	3	B/D	RAPAMUNE ORAL SOLUTION	6	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START	6	PA	RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML	5	PA; QL (0.8 ML per 30 days)
HUMIRA PEN	6	PA	RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 15 MG/0.3 ML	5	PA; QL (1.2 ML per 30 days)
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	6	PA			
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS	6	PA			
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML	6	PA; QL (2 EA per 30 days)			
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	6	PA			
<i>mercaptopurine</i>	2				
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	5	B/D			
<i>methotrexate sodium injection</i>	5	B/D			
<i>methotrexate sodium oral</i>	2				

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 17.5 MG/0.35 ML	5	PA; QL (1.4 ML per 30 days)	ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG	4	B/D; QL (60 EA per 30 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6 ML per 30 days)	ZORTRESS ORAL TABLET 0.5 MG	6	B/D; QL (120 EA per 30 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 22.5 MG/0.45 ML	5	PA; QL (1.8 ML per 30 days)	ZORTRESS ORAL TABLET 0.75 MG	6	B/D; QL (60 EA per 30 days)
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 25 MG/0.5 ML	5	PA; QL (2 ML per 30 days)	<i>Vacunas</i>		
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/0.6 ML	5	PA; QL (2.4 ML per 30 days)	ACTHIB (PF)	5	
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 7.5 MG/0.15 ML	5	PA; QL (0.6 ML per 30 days)	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	5	
REMICADE	6	PA	INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	4	B/D	BCG VACCINE, LIVE (PF)	5	
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg</i>	3	PA	BEXSERO	5	
<i>sirolimus oral tablet 1 mg</i>	4	PA	BOOSTRIX TDAP	5	
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	6	PA	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	5	
<i>tacrolimus oral</i>	3	B/D	ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	B/D
TORISEL	6	B/D	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	5	B/D
TREXALL	4		GARDASIL 9 (PF)	5	
XATMEP	6	PA; QL (120 ML per 30 days)	HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML	5	
XELJANZ	6	PA; QL (60 EA per 30 days)	HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	5	
XELJANZ XR	6	PA; QL (30 EA per 30 days)	HIBERIX (PF)	5	
			IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	5	
			INFANRIX (DTAP) (PF)	5	
			INTRAMUSCULAR SUSPENSION		
			IPOL	5	
			IXIARO (PF)	5	
			KINRIX (PF)	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	5	
MENVEO A-C-Y-W- 135-DIP (PF)	5	
M-M-R II (PF)	5	
PEDIARIX (PF)	5	B/D
PEDVAX HIB (PF)	5	
PROQUAD (PF)	5	
QUADRACEL (PF)	5	
RBAVERT (PF)	5	
RECOMBIVAX HB (PF)	5	B/D
INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML		
RECOMBIVAX HB (PF)	5	B/D
INTRAMUSCULAR SYRINGE		
ROTARIX	4	
ROTATEQ VACCINE	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	
<i>tetanus,diphtheria tox ped(pf)</i>	5	
<i>tetanus-diphtheria toxoids-td</i>	5	
TRUMENBA	5	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	5	
TYPHIM VI	5	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	
VARIVAX (PF)	5	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
YF-VAX (PF)	5	
ZOSTAVAX (PF)	5	QL (1 EA per 365 days)
Miorrelajantes		
<i>Miorrelajantes</i>		
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	3	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA
<i>cyclobenzaprine oral tablet 7.5 mg</i>	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
Non-Frf		
<i>Non-Frf</i>		
<i>abacavir oral solution</i>	4	QL (900 ML per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTE NDED REL RECON 400 MG	6	PA
ADCETRIS	6	PA; QL (2 EA per 2 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	6	B/D
<i>amethyst</i>	2	
AMINOSYN II 7 %	5	B/D
ARANESP (IN POLYSORBATE) INJECTION SOLUTION 150 MCG/0.75 ML	6	PA; QL (3 ML per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution</i>	6	QL (750 ML per 30 days)
<i>aspirin-caffeine- dihydrocodein</i>	2	QL (360 EA per 30 days)
ATROPINE INJECTION SYRINGE 0.1 MG/ML	5	
BENDEKA	6	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
BESPONSA	6	PA	<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml</i>	5	
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i>	2	QL (180 EA per 30 days)	<i>fluoride (sodium) dental</i>	1	
CAMPATH	6	B/D	<i>fluoride (sodium) oral drops</i>	1	
CARIMUNE NF NANOFILTERED INTRAVENOUS RECON SOLN 12 GRAM	6	PA	<i>fluoridex daily defense dental paste</i>	1	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml</i>	5		<i>fluoritab oral tablet, chewable 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid)</i>	1	
<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor</i>	5		<i>fosamprenavir</i>	6	QL (120 EA per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES)	6	PA	<i>fosphenytoin injection solution 500 mg pe/10 ml</i>	5	
COSENTYX PEN (2 PENS)	6	PA	GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 40 GRAM/400 ML (10 %)	6	PA
<i>cyred</i>	2		GAZYVA	6	PA
<i>desvenlafaxine fumarate</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)	<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	5	B/D
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg</i>	4	QL (40 EA per 30 days)	<i>gentamicin ophthalmic (eye) ointment</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i>	5	B/D	HAEGARDA	6	PA; LA
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/ml</i>	5	B/D	<i>havrix (pf) intramuscular suspension 720 elisa unit/0.5 ml</i>	5	
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	B/D	<i>havrix (pf) intramuscular syringe 1,440 elisa unit/ml</i>	5	
<i>elite-ob</i>	2		<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	5	
EXTAVIA SUBCUTANEOUS RECON SOLN	6	PA; QL (15 EA per 30 days)			
<i>fentanyl citrate (pf) intravenous syringe 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	5	B/D; QL (14 ML per 30 days)			
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	6	PA			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	6	B/D	<i>megestrol oral suspension 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	2	PA
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM/50 ML (20 %)	6	PA	MENHIBRIX (PF)	5	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3		MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	5	
<i>ibandronate intravenous syringe</i>	5	PA	<i>mesalamine rectal</i>	4	
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION	6	PA	<i>metoprolol tartrate oral tablet 37.5 mg, 75 mg</i>	1	
IPRIVASK	6	QL (24 EA per 68 days)	MIRCERA INJECTION SYRINGE 150 MCG/0.3 ML, 30 MCG/0.3 ML	5	PA; QL (0.6 ML per 28 days)
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 160 MG	6	PA	<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml</i>	5	B/D; QL (1260 ML per 30 days)
KRYSTEXXA	6	PA	<i>morphine in 0.9 % nacl intravenous syringe 10 mg/10 ml (1 mg/ml)</i>	5	B/D; QL (2700 ML per 30 days)
<i>lanthanum levoleucovorin intravenous recon soln 175 mg</i>	6		<i>morphine injection syringe 2 mg/ml</i>	5	B/D
<i>lidocaine-prilocaine topical kit</i>	5	B/D	<i>morphine intravenous cartridge 10 mg/ml</i>	5	B/D; QL (63 ML per 30 days)
<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride)</i>	2		<i>morphine intravenous cartridge 2 mg/ml</i>	5	B/D; QL (1350 ML per 30 days)
LUDENT FLUORIDE ORAL TABLET, CHEWABLE 1 MG (2.2 MG SOD. FLUORIDE)	1		<i>morphine intravenous cartridge 4 mg/ml</i>	5	B/D; QL (690 ML per 30 days)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	6	B/D	<i>morphine intravenous cartridge 8 mg/ml</i>	5	B/D; QL (77 ML per 30 days)
MARQIBO	6	PA	<i>morphine rectal suppository 10 mg</i>	3	QL (270 EA per 30 days)
			<i>morphine rectal suppository 20 mg</i>	3	QL (150 EA per 30 days)
			<i>morphine rectal suppository 30 mg</i>	3	QL (90 EA per 30 days)
			<i>morphine rectal suppository 5 mg</i>	3	QL (360 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>multi-vit with fluoride-iron</i>	2		<i>oxacillin intravenous recon soln 2 gram</i>	5	
<i>multi-vitamin with fluoride oral drops</i>	1		PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF)	5	
<i>multivitamins with fluoride</i>	1		PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF)	5	
MYLOTARG	6	PA	<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 13.5 gram</i>	5	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml</i>	5	QL (2 ML per 30 days)	<i>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa</i>	1	
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR	6	PA	<i>polyethylene glycol 3350 oral powder in packet</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2		PORTRAZZA	6	PA
NOVAREL INTRAMUSCULAR RECON SOLN 5,000 UNIT	5	B/D	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	1	
NOXAFIL INTRAVENOUS	6	PA	<i>prenatal low iron</i>	2	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 60 MG/20 ML	6	QL (2520 ML per 180 days)	<i>prenatal plus</i>	1	
<i>obstetrix one</i>	2		<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	2	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	5	PA	<i>prenatal-u</i>	2	
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	6	PA	<i>prevident dental gel</i>	1	
ONIVYDE	6	PA	<i>ranitidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	5	
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML	6	PA	RESTASIS MULTIDOSE	3	QL (5.5 ML per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	6	PA; QL (27 EA per 14 days)	<i>ribavirin inhalation</i>	6	B/D
			RITUXAN HYCELA	6	PA
			RUBRACA ORAL TABLET 250 MG	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
			<i>scopolamine base</i>	4	
			SELZENTRY ORAL SOLUTION	4	QL (1800 ML per 30 days)
			<i>sf 5000 plus</i>	1	
			SMOFLIPID	5	B/D
			<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 10 meq/10 ml (8.4 %)</i>	5	B/D
			<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat</i>	5	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	6	PA	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	5	B/D
<i>stavudine oral recon soln</i>	2	QL (2400 ML per 30 days)	AMINOSYN-RF 5.2 %	5	B/D
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG	6	PA	DEPEN TITRATABS	6	PA
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)	EXJADE	6	LA
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)	FERRIPROX	6	PA
<i>teniposide</i>	5	B/D	JADENU	6	
<i>tobramycin with nebulizer</i>	6	PA; QL (280 ML per 56 days)	JADENU SPRINKLE	6	
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	1		<i>kionex</i>	3	
UNITUXIN	6	PA	<i>sodium polystyrene (sorb free)</i>	2	
<i>vancomycin in 0.9% sodium cl intravenous piggyback</i>	5		SYPRINE	6	PA
<i>virt-advance</i>	1		Nutrientes		
<i>virt-nate</i>	2		Terapéuticos/Minerales/Electrolitos		
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/8 ML (25 MG/ML)	6	PA	<i>amino acids 15 %</i>	5	B/D
<i>zoledronic acid intravenous recon soln</i>	5	PA	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	5	B/D
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 0.7-0.18 MG	4	PA; QL (90 EA per 30 days)	AMINOSYN II 10 %	5	B/D
			AMINOSYN II 15 %	5	B/D
			AMINOSYN II 8.5 %	5	B/D
			AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	5	B/D
			AMINOSYN-HBC 7%	5	B/D
			AMINOSYN-PF 10 %	5	B/D
			AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	5	B/D
			<i>clinisol sf 15 %</i>	5	B/D
			<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	5	
			<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	5	
			<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	5	
			<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	5	
			<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	5	
			<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	5	
Nutrientes					
Terapéuticos/Minerales/Electrolitos					
Modificadores De Electrolitos/Minerales					
<i>amino acids 15 %</i>	5	B/D			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	5		<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	5		KLOR-CON 10	2	
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	5		KLOR-CON 8	2	
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	5		<i>klor-con m10</i>	2	
HEPATAMINE 8%	5	B/D	KLOR-CON M15	2	
INTRALIPID	5	B/D	<i>klor-con m20</i>	2	
INTRAVENOUS EMULSION 30 %			<i>magnesium sulfate injection solution</i>	5	
<i>lactated ringers intravenous</i>	5		PHYSIOLYTE	2	
<i>lactated ringers irrigation</i>	2		PHYSIOSOL IRRIGATION	2	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	3		<i>potassium chloride intravenous piggyback 10 meq/100 ml</i>	5	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	5		<i>potassium chloride intravenous piggyback 20 meq/100 ml, 40 meq/100 ml</i>	5	B/D
NUTRILIPID	5	B/D	<i>potassium chloride intravenous solution</i>	5	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	5		<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	2	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	5		<i>potassium chloride oral liquid</i>	2	
PREMASOL 10 %	5	B/D	<i>potassium chloride oral tablet extended release</i>	2	
PREMASOL 6 %	5	B/D	<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals</i>	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	2		<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution</i>	5	
<i>ringer's intravenous</i>	5		<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	5	
<i>ringer's irrigation</i>	2		<i>sodium chloride 3 %</i>	5	
TPN ELECTROLYTES	5	B/D	<i>sodium chloride 5 %</i>	5	
<i>water for irrigation, sterile</i>	2		<i>sodium chloride intravenous parenteral solution 2.5 meq/ml</i>	5	
Sustitutos De Electrolitos/Minerales					
CARBAGLU	6	PA			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>sodium chloride irrigation</i>	2		ALPHAGAN P OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT	3		<i>apraclonidine</i>	2	
Vitaminas			AZOPT	3	
<i>doxercalciferol intravenous</i>	5	B/D	<i>betaxolol ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg</i>	3	B/D	BETIMOL	3	
<i>doxercalciferol oral capsule 1 mcg, 2.5 mcg</i>	6	B/D	BETOPTIC S	4	
			<i>bimatoprost ophthalmic (eye)</i>	3	ST; QL (5 ML per 30 days)
			<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	3	
Oftálmicos			<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
Oftálmicos Análogos De Las Prostaglandinas Y Prostaglandinas			<i>carteolol</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye)</i>	3	ST; QL (5 ML per 30 days)	COSOPT (PF)	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>latanoprost</i>	2		<i>dorzolamide</i>	2	
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	ST; QL (5 ML per 30 days)	<i>dorzolamide-timolol</i>	2	
TRAVATAN Z	3	ST; QL (5 ML per 30 days)	<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
Oftálmicos Antialérgicos			<i>methazolamide</i>	3	
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	2		<i>metipranolol</i>	2	
BEPREVE	4		PHOSPHOLINE IODIDE	4	
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2		<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
<i>epinastine</i>	2		<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	QL (10 ML per 30 days)	Oftálmicos Antiinflamatorios		
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	3	QL (3 ML per 30 days)	ALREX	3	
PATADAY	3	QL (3 ML per 30 days)	<i>bromfenac</i>	4	
Oftálmicos Antiglaucoma			<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	2		<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
DUREZOL	4		<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	2	
<i>fluorometholone</i>	2		<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2		<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	
ILEVRO	4	QL (1.7 ML per 30 days)	<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	2	
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2		<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) DROPS,GEL	3		<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION	3		ZYLET	3	
MAXIDEX	4		Óticos		
NEVANAC	4		Óticos		
<i>prednisolone acetate</i>	2		CIPRODEX	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2		COLY-MYCIN S	3	
Oftálmicos, Otros			<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	3	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	2		<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	2	
CYSTARAN	6	PA; QL (60 ML per 28 days)	<i>ofloxacin oral tablet 300 mg</i>	2	
LACRISERT	4		Pulmonares/Tracto Respiratorio, Medicamentos Del		
RESTASIS	3	QL (64 EA per 30 days)	Antihipertensivos Pulmonares		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i>	2		ADCIRCA	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
Oftálmicos			ADEMPAS	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye)</i>	2		LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
BLEPHAMIDE S.O.P.	4		LETAIRIS ORAL TABLET 5 MG	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	2		OPSUMIT	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	2		REVATIO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	6	PA; QL (180 ML per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2		<i>sildenafil oral</i>	3	PA; QL (90 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG	6	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)	<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	3	B/D; QL (60 ML per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 62.5 MG	6	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)	FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 10 MCG/ML	6	B/D; QL (540 ML per 30 days)	FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (240 EA per 30 days)
Antihistamínicos			FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 GM per 30 days)
<i>azelastine nasal aerosol, spray</i>	2	QL (30 ML per 30 days)	FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (22 GM per 30 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol</i>	2	QL (30 ML per 25 days)	<i>flunisolide nasal spray, non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	2	ST; QL (50 ML per 30 days)
<i>carbinoxamine maleate</i>	2		<i>fluticasone nasal</i>	2	QL (16 GM per 30 days)
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2		PULMICORT FLEXHALER	3	QL (2 EA per 30 days)
<i>cyproheptadine oral tablet</i>	2	PA	QVAR INHALATION AEROSOL 40 MCG/ACTUATION	3	QL (36.5 GM per 30 days)
<i>desloratadine oral tablet</i>	2	ST; QL (30 EA per 30 days)	QVAR INHALATION AEROSOL 80 MCG/ACTUATION	3	QL (21.9 GM per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	5		Antileucotrienos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	2	PA	<i>montelukast</i>	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine oral solution</i>	4		<i>zafirlukast</i>	3	
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2		<i>zileuton</i>	6	
<i>promethazine oral tablet</i>	2	PA			
Antiinflamatorios, Corticosteroides Para Inhalar					
ADVAIR DISKUS	3	QL (60 EA per 30 days)			
ADVAIR HFA	3	QL (12 GM per 30 days)			
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	3	B/D; QL (120 ML per 30 days)			

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
Broncodilatadores, Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	4	QL (52 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D; QL (360 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 0.03 %</i>	2	QL (30 ML per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 0.06 %</i>	2	QL (45 ML per 28 days)
TUDORZA PRESSAIR	3	QL (1 EA per 30 days)
Broncodilatadores, Simpaticomiméticos		
ADVAIR DISKUS	3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA	3	QL (12 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml</i>	2	B/D; QL (375 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 1.25 mg/3 ml</i>	2	B/D; QL (180 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	2	B/D; QL (360 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 5 mg/ml</i>	2	B/D; QL (40 ML per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	2	
BREO ELLIPTA	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 %</i>	3	QL (4 EA per 2 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
EPIPEN 2-PAK	3	QL (4 EA per 2 days)
EPIPEN JR 2-PAK	3	QL (4 EA per 2 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml</i>	4	PA; QL (288 ML per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/0.5 ml</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 1.25 mg/3 ml</i>	4	PA; QL (90 ML per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate</i>	2	QL (30 GM per 30 days)
SEREVENT DISKUS	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline oral</i>	2	
<i>terbutaline subcutaneous</i>	5	
VENTOLIN HFA	3	QL (36 GM per 30 days)
Estabilizadores De Los Mastocitos		
<i>cromolyn inhalation</i>	2	B/D; QL (240 ML per 30 days)
<i>cromolyn oral</i>	4	
Fibrosis Quística, Medicamentos Contra La		
CAYSTON	6	PA; QL (84 ML per 28 days)
KALYDECO	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME	6	B/D; QL (150 ML per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE	6	PA; QL (224 EA per 28 days)
<i>Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>		
<i>aminophylline intravenous solution 250 mg/10 ml</i>	5	
DALIRESP	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
THEO-24 ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 300 MG	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	
<i>Pulmonares/Tracto Respiratorio, Medicamentos Del</i>		
ADVAIR DISKUS	3	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA	3	QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (4 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE	6	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	6	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	6	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D; QL (540 ML per 30 days)
NUCALA	6	PA; LA; QL (1 EA per 28 days)
OFEV	6	PA; QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
PULMOZYME	6	B/D; QL (150 ML per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (10.2 GM per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (6.9 GM per 30 days)
XOLAIR	6	PA
<i>Tracto Respiratorio, Otros Medicamentos Del</i>		
<i>acetylcysteine</i>	2	B/D
ANORO ELLIPTA	3	QL (60 EA per 30 days)
ARALAST NP INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	6	B/D
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30 EA per 30 days)
LUMIZYME	6	B/D
PROLASTIN-C	6	B/D
Reguladores De La Glucemia		
<i>Antidiabéticos</i>		
<i>acarbose</i>	2	
CYCLOSET	4	ST; QL (180 EA per 30 days)
<i>glimepiride</i>	2	
<i>glipizide</i>	2	
<i>glyburide</i>	2	PA
<i>glyburide micronized</i>	2	PA
GLYXAMBI	3	QL (30 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG	3	QL (120 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
INVOKAMET XR	3	QL (60 EA per 30 days)	WELCHOL	4	
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	3	QL (60 EA per 30 days)	Glucémicos		
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	3	QL (30 EA per 30 days)	GLUCAGEN	3	QL (2 EA per 2 days)
JANUVIA	3	QL (30 EA per 30 days)	HYPOKIT		
JARDIANCE	3	QL (30 EA per 30 days)	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	3	QL (2 EA per 2 days)
<i>jentadueto</i>	3	QL (60 EA per 30 days)	KORLYM	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin oral tablet</i>	1	(generic Glucophage)	PROGLYCEM	4	
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr</i>	1	(generic Glucophage XR)	Insulinas		
<i>migliitol</i>	3	QL (90 EA per 30 days)	<i>assure id insulin safety syringe 1 ml 29 gauge x 1/2"</i>	3	
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)	<i>gauze pad topical bandage 2 x 2 "</i>	2	
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)	HUMALOG	3	
<i>pioglitazone</i>	2		HUMALOG	3	
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)	KWIKPEN		
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	QL (240 EA per 30 days)	HUMALOG MIX 50-50	3	
SYMLINPEN 120	5	PA; QL (10.8 ML per 30 days)	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
SYMLINPEN 60	5	PA; QL (12 ML per 30 days)	HUMALOG MIX 75-25	3	
SYNJARDY	3	QL (60 EA per 30 days)	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
TANZEUM	3	ST; QL (4 EA per 30 days)	HUMALOG MIX 75-25	3	
<i>tolazamide</i>	2		HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
<i>tolbutamide</i>	3		HUMALOG MIX 75-25	3	
TRADJENTA	3	QL (30 EA per 30 days)	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
TRULICITY	3	ST; QL (2 ML per 30 days)	HUMALOG MIX 75-25	3	
			HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
			HUMULIN 70/30	3	
			HUMULIN N	3	
			HUMULIN R U-100	3	
			HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	3	
			<i>insulin syringe-needle u-100 syringe 0.3 ml 29 gauge, 1 ml 29 gauge x 1/2", 1/2 ml 28 gauge</i>	3	
			LANTUS	3	QL (40 ML per 30 days)
			LANTUS SOLOSTAR	3	QL (45 ML per 30 days)
			<i>pen needle, diabetic needle 29 gauge x 1/2"</i>	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR	3	QL (15 ML per 30 days)
Reguladores De La Glucemia		
<i>glipizide-metformin</i>	2	
<i>glyburide-metformin</i>	2	PA
JANUMET	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>jentadueto xr oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 2.5-1,000 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>jentadueto xr oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin</i>	3	ST
Sistema Nervioso Central, Medicamentos Del		
Esclerosis Múltiple, Medicamentos Contra La		
AMPYRA	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUBAGIO	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	6	PA; QL (30 ML per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	6	PA; QL (12 ML per 28 days)
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT	6	PA; QL (15 EA per 30 days)
GILENYA	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>mitoxantrone</i>	3	B/D

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
TECFIDERA	6	PA; QL (60 EA per 30 days)
TYSABRI	6	PA; LA
Fibromialgia, Medicamentos Contra La		
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	(generic Irenka); QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 60 mg</i>	2	(generic Cymbalta); QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (90 EA per 30 days)
LYRICA ORAL CAPSULE 200 MG, 225 MG, 300 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
LYRICA ORAL SOLUTION	3	QL (900 ML per 30 days)
Sistema Nervioso Central, Otros Medicamentos Del		
AUSTEDO	6	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
NUEDEXTA	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>riluzole</i>	4	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	6	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	6	PA; QL (120 EA per 30 days)
Trastorno De Hiperactividad Y Déficit De Atención, Medicamentos Anfetamínicos Contra El		
<i>dextroamphetamine oral tablet</i>	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/ Límites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (60 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	2	(generic Ritalin); QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	2	(generic Ritalin); QL (90 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	2	QL (150 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet 5 mg</i>	2	(generic Ritalin); QL (360 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	3	(generic Metadate ER); QL (180 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i>	3	(generic Metadate ER); QL (90 EA per 30 days)
Trastorno De Hiperactividad Y Déficit De Atención, Medicamentos No Anfetamínicos Contra El			<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	4	(generic Concerta); QL (30 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	3	QL (120 EA per 30 days)	<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i>	4	(generic Concerta); QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (30 EA per 30 days)	STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 18 MG, 25 MG	3	QL (120 EA per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 40 mg</i>	3	QL (60 EA per 30 days)	STRATTERA ORAL CAPSULE 100 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral capsule, er biphasic 50-50</i>	4	QL (30 EA per 30 days)	STRATTERA ORAL CAPSULE 40 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i>	2	QL (60 EA per 30 days)	Sustitutos/Modificadores De Enzimas		
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	QL (30 EA per 30 days)	<i>Sustitutos/Modificadores De Enzimas</i>		
<i>metadate er</i>	3	QL (90 EA per 30 days)	ADAGEN	5	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	(generic Concerta); QL (900 ML per 30 days)	ALDURAZYME	6	
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	(generic Concerta); QL (1800 ML per 30 days)	BUPHENYL ORAL TABLET	6	PA
			CERDELGA	6	PA; QL (60 EA per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites	Nombre del Medicamento	Nivel	Requisito/Límites
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	6	PA	<i>zolpidem oral tablet 10 mg</i>	2	PA; (generic Ambien); QL (30 EA per 30 days)
CREON	3		<i>zolpidem oral tablet 5 mg</i>	2	PA; (generic Ambien); QL (60 EA per 30 days)
CYSTADANE	6		Trastornos Del Sueño, Otros		
CYSTAGON	4	PA	<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
ELAPRASE	6	B/D	<i>doxepin oral concentrate</i>	2	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG	6	B/D	HETLIOZ	6	PA; QL (30 EA per 30 days)
KUVAN	6	PA	<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
NAGLAZYME	6	B/D	<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORFADIN	6	PA	ROZEREM	3	QL (30 EA per 30 days)
PROCYSBI	6	PA	XYREM	6	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
RAVICTI	6	PA; QL (525 ML per 30 days)			
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MG/ML	6	PA; LA; QL (38.4 ML per 28 days)			
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	6	PA; LA			
SUCRAID	6				
VPRIV	6				
ZAVESCA	6	PA; QL (90 EA per 30 days)			
ZENPEP	4				

Trastornos Del Sueño, Medicamentos Contra Los

Moduladores Del Receptor Del Ácido Gammaaminobutírico (Gaba)

<i>eszopiclone</i>	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	2	PA; QL (120 EA per 30 days)

Índice

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>abacavir</i>	28, 50
<i>abacavir-lamivudine</i>	28
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	28
ABELCET.....	15
ABILIFY MAINTENA.....	13, 24, 50
ABRAXANE.....	19
<i>acamprosate</i>	5
<i>acarbose</i>	60
<i>acebutolol</i>	31
<i>acetaminophen-codeine</i>	2
<i>acetazolamide</i>	34, 56
<i>acetic acid</i>	6
<i>acetylcysteine</i>	60
<i>acitretin</i>	34
ACTEMRA.....	47
ACTHAR H.P.....	44
ACTHIB (PF).....	49
ACTIMMUNE.....	47
<i>acyclovir</i>	27
<i>acyclovir sodium</i>	27
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	49
ADAGEN.....	63
<i>adalat cc</i>	31
ADALAT CC.....	31
<i>adapalene</i>	34
ADCETRIS.....	50
ADCIRCA.....	57
<i>adefovir</i>	26
ADEMPAS.....	57
ADVAIR DISKUS.....	58, 59, 60
ADVAIR HFA.....	58, 59, 60
<i>afeditab cr</i>	31
AFINITOR.....	21, 47
AFINITOR DISPERZ.....	47
Agonistas Adrenérgicos Alfa	30
Agonistas De La Dopamina	23
Agonistas De Los Receptores De La Serotonina (5-Ht) 1B/1D	17
ALA-CORT.....	44
<i>ala-cort</i>	44
ALBENZA.....	23
<i>albuterol sulfate</i>	59
Alcaloides De Ergotamina	18
<i>alclometasone</i>	44
<i>alcohol pads</i>	6
ALDURAZYME.....	63
ALECENSA.....	21

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>alendronate</i>	36
<i>alfuzosin</i>	38
ALIMTA.....	19, 50
ALINIA.....	23
<i>allopurinol</i>	16
ALORA.....	41
<i>alosetron</i>	38
ALPHAGAN P.....	56
<i>alprazolam</i>	4
Alquilantes	18
ALREX.....	56
ALUNBRIG.....	21
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	42
<i>amabelz</i>	42
<i>amantadine hcl</i>	24, 26
AMBISOME.....	15
<i>amethia</i>	42
<i>amethyst</i>	50
<i>amikacin</i>	5
<i>amiloride</i>	33
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>amino acids 15 %</i>	54
Aminoglucósidos	5, 6
<i>aminophylline</i>	60
Aminosalicilatos	35
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES.....	54
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES.....	54
AMINOSYN II 10 %.....	54
AMINOSYN II 15 %.....	54
AMINOSYN II 7 %.....	50
AMINOSYN II 8.5 %.....	54
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES.....	54
AMINOSYN-HBC 7%.....	54
AMINOSYN-PF 10 %.....	54
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE).....	54
AMINOSYN-RF 5.2 %.....	54
<i>amiodarone</i>	30
AMITIZA.....	38
<i>amitriptyline</i>	14
<i>amlodipine</i>	31
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	32
<i>amlodipine-benazepril</i>	32
<i>ammonium lactate</i>	34
<i>amoxapine</i>	14
<i>amoxicillin</i>	7, 8
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	8
<i>amphotericin b</i>	15

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>ampicillin</i>	8
<i>ampicillin sodium</i>	8
<i>ampicillin-sulbactam</i>	8
AMPYRA.....	62
ANADROL-50.....	41
<i>anagrelide</i>	39
Analgésicos	1, 2, 3
<i>Analgésicos</i>	2, 3
<i>Analgésicos Opioides De Acción Corta</i>	1
<i>Analgésicos Opioides De Acción Prolongada</i>	1, 2
<i>anastrozole</i>	21
ANDROGEL.....	41
<i>Andrógenos</i>	41
Anestésicos	3
<i>Anestésicos Locales</i>	3
<i>Angioedema (Hae), Medicamentos Contra El</i>	46, 47
ANORO ELLIPTA.....	60
Ansiolíticos	3, 4, 5
<i>Ansiolíticos, Otros</i>	3, 4
<i>Antagonista De Los Receptores De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)</i>	12
<i>Antagonistas De Los Receptores De La Angiotensina Ii</i>	30
<i>Antagonistas De Los Receptores De La Histamina 2 (H2)</i>	36, 37
Antiadictivos/Tratamiento Por Abuso De Sustancias Adictivas, Medicamentos Para El	5
<i>Antiandrógenos</i>	18
<i>Antiangiogénicos</i>	18
<i>Antiarrítmicos</i>	30, 31
Antibacterianos	5, 6, 7, 8, 9, 10
<i>Antibacterianos</i>	7
<i>Antibacterianos, Otros</i>	6, 7
<i>Anticitomegalovirus (Cmv)</i>	25, 26
<i>Anticoagulantes</i>	38, 39
<i>Anticolinérgicos</i>	24
Anticonvulsivos	10, 11, 12
<i>Anticonvulsivos, Otros</i>	10
<i>Anticuerpos Monoclonales</i>	19
Antidemenciales	12, 13
<i>Antidemenciales, Otros</i>	12
Antidepresivos	13, 14
<i>Antidepresivos</i>	13
<i>Antidepresivos, Otros</i>	13
Antidiabéticos	60, 61

Nombre del Medicamento	N.º de página
Antieméticos	14, 15
<i>Antieméticos, Otros</i>	14, 15
<i>Antiespasmódicos, Gastrointestinales</i>	37
<i>Antiespasmódicos, Urinarios</i>	38
Antiespásticos	15
<i>Antiespásticos</i>	15
<i>Antiérogénicos/Modificadores</i>	19
Antifúngicos	15, 16
<i>Antifúngicos</i>	15, 16
Antigotosos	16
<i>Antigotosos</i>	16
<i>Antigripales</i>	26
<i>Antihelmínticos</i>	23
<i>Antihepatíticos Contra La Hepatitis B (Hbv)</i>	26
<i>Antihepatíticos Contra La Hepatitis C (Hcv)</i>	26, 27
<i>Antiherpéticos</i>	27
<i>Antihipertensivos Pulmonares</i>	57, 58
<i>Antihistamínicos</i>	58
Antiinflamatorios	16, 17
<i>Antiinflamatorios No Esteroides</i>	3, 16, 17
<i>Antiinflamatorios, Corticosteroides Para Inhalar</i>	58
Antijaquerosos	17, 18
<i>Antileucotrienos</i>	58
<i>Antimetabolitos</i>	19
Antimiasténicos	18
Antimicobacterianos	18
<i>Antimicobacterianos, Otros</i>	18
Antineoplásicos	18, 19, 20, 21, 22, 23
<i>Antineoplásicos</i>	19, 20, 21
<i>Antineoplásicos, Otros</i>	19
Antiparasitarios	23
Antiparkinsonianos	23, 24
<i>Antiparkinsonianos</i>	24
<i>Antiparkinsonianos, Otros</i>	24
<i>Antiprotozoicos</i>	23
Antipsicóticos	24, 25
<i>Antirretrovíricos, Inhibidores De La Integrasa (Insti)</i>	27
<i>Antirretrovíricos, Inhibidores De La Proteasa</i>	27, 28
<i>Antirretrovíricos, Inhibidores No Nucleosídicos De La Transcriptasa Inversa (Nnrti)</i>	28
<i>Antirretrovíricos, Inhibidores Nucleosídicos Y Nucleotídicos De La Transcriptasa Inversa (Nrti)</i>	28, 29

Nombre del Medicamento	N.º de página
Antirretrovíricos, Otros	29
Antitabaco, Medicamentos	5
Antitiroideos	46
Antituberculosos	18
Antivíricos	25, 26, 27, 28, 29
APOKYN	23
<i>apraclonidine</i>	56
<i>aprepitant</i>	15
<i>apri</i>	42
APRISO	35
APTIOM	11
APTIVUS	27
ARALAST NP	60
<i>aranelle (28)</i>	42
ARANESP (IN POLYSORBATE)	40, 50
ARCALYST	47
<i>aripiprazole</i>	13, 24, 50
ARISTADA	25
ARRANON	19
<i>aspirin-caffeine-dihydrocodein</i>	50
<i>aspirin-dipyridamole</i>	40
<i>assure id insulin safety</i>	61
<i>atenolol</i>	31
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	32
<i>atomoxetine</i>	63
<i>atorvastatin</i>	33
<i>atovaquone</i>	23
<i>atovaquone-proguanil</i>	23
ATRIPLA	28
<i>atropine</i>	37, 57
ATROPINE	50
ATROVENT HFA	59
AUBAGIO	62
<i>aubra</i>	42
AUGMENTIN	8
Aumentantes Del Ácido	
<i>Gammaaminobutírico (Gaba)</i>	10, 11
AUSTEDO	62
AVASTIN	19
<i>aviane</i>	42
<i>azacitidine</i>	19
AZASITE	8
<i>azathioprine</i>	47
<i>azathioprine sodium</i>	47
<i>azelastine</i>	56, 58
<i>azithromycin</i>	8
AZOPT	56
<i>aztreonam</i>	7

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>bacitracin</i>	6
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	57
<i>baclofen</i>	15
<i>balsalazide</i>	35
<i>balziva (28)</i>	42
BANZEL	11
BARACLUDE	26
BAVENCIO	19
BCG VACCINE, LIVE (PF)	49
<i>bekyree (28)</i>	42
BELEODAQ	19
<i>benazepril</i>	34
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	32
BENDEKA	50
BENLYSTA	47
<i>Benzodiazepinas</i>	4
<i>benztropine</i>	24
BEPREVE	56
BERINERT	46
BESPONSA	51
<i>Betalactámicos, Cefalosporinas</i>	7
<i>Betalactámicos, Otros</i>	7
<i>Betalactámicos, Penicilinas</i>	7, 8
<i>betamethasone dipropionate</i>	17, 34, 44
<i>betamethasone valerate</i>	17, 44
<i>betamethasone, augmented</i>	17, 44
<i>betaxolol</i>	31, 56
<i>bethanechol chloride</i>	38
BETHKIS	5
BETIMOL	56
BETOPTIC S	56
<i>bexarotene</i>	23
BEXSERO	49
<i>bicalutamide</i>	18
BICILLIN C-R	8
BICILLIN L-A	8
BICNU	19
BIDIL	34
BILTRICIDE	23
<i>bimatoprost</i>	56
Bipolares	29, 30
<i>Bipolares, Otros</i>	29
<i>bisoprolol fumarate</i>	31
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	32
BIVIGAM	47
<i>bleomycin</i>	19
BLEPHAMIDE S.O.P.	17, 57
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	42

<i>Bloqueantes Adrenérgicos Alfa</i>	31
<i>Bloqueantes Adrenérgicos Beta</i>	31
<i>Bloqueantes De Los Canales De Calcio</i>	31
BOOSTRIX TDAP	49
BOSULIF	21
BREO ELLIPTA	59
<i>briellyn</i>	42
BRILINTA	40
<i>brimonidine</i>	56
BRIVIACT	10
<i>bromfenac</i>	56
<i>bromocriptine</i>	23, 46
<i>Broncodilatadores, Anticolinérgicos</i>	59
<i>Broncodilatadores, Simpaticomiméticos</i>	59
Bucodentales	30
<i>Bucodentales</i>	30
<i>budesonide</i>	35, 38, 42, 58
<i>bumetanide</i>	33
BUPHENYL	63
<i>buprenorphine</i>	1
<i>buprenorphine hcl</i>	1, 5
<i>buprenorphine-naloxone</i>	5
<i>bupropion hcl</i>	13
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	5
<i>bupirone</i>	3
<i>busulfan</i>	18
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	2
<i>butalbital-acetaminophen</i>	2
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	2
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	2, 51
<i>butorphanol tartrate</i>	1
BYSTOLIC	31
<i>cabergoline</i>	46
CABOMETYX	21
<i>calcipotriene</i>	34
<i>calcitonin (salmon)</i>	36
<i>calcitriol</i>	35, 36
<i>calcium acetate</i>	38
<i>camila</i>	43
CAMPATH	51
Canales De Sodio, Medicamentos Para Los	11, 12
CANASA	35
CANCIDAS	15
<i>candesartan</i>	30
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	32
CAPASTAT	18
CAPRELSA	21

<i>captopril</i>	34
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	32
CARBAGLU	55
<i>carbamazepine</i>	11, 29, 30
<i>carbidopa</i>	24
<i>carbidopa-levodopa</i>	24
<i>carbinoxamine maleate</i>	58
<i>carboplatin</i>	19
Cardiovasculares	30, 31, 32, 33, 34
<i>Cardiovasculares</i>	32
Cardiovasculares, Otros	32
<i>carimune nf nanofiltered</i>	47
CARIMUNE NF NANOFILTERED	51
<i>carisoprodol</i>	50
<i>carteolol</i>	56
<i>cartia xt</i>	31
<i>carvedilol</i>	31
<i>caspofungin</i>	15
CAYSTON	7, 59
<i>caziant (28)</i>	42
<i>cefaclor</i>	7
<i>cefadroxil</i>	7
<i>cefazolin</i>	7
<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	51
<i>cefdinir</i>	7
<i>cefepime</i>	7
<i>cefixime</i>	7
<i>cefotaxime</i>	7
<i>cefoxitin</i>	7
<i>cefpodoxime</i>	7
<i>cefprozil</i>	7
<i>ceftriaxone</i>	7
<i>cefuroxime axetil</i>	7
<i>cefuroxime sodium</i>	7
<i>celecoxib</i>	3, 16
CELONTIN	12
<i>cephalexin</i>	7
CERDELGA	63
CEREZYME	64
CHANTIX	5
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	5
CHANTIX STARTING MONTH BOX	5
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	6
<i>chlorhexidine gluconate</i>	30
<i>chloroquine phosphate</i>	23
<i>chlorothiazide</i>	34
<i>chlorpromazine</i>	14, 24
<i>chlorthalidone</i>	34

Nombre del Medicamento	N.º de página
CHOLBAM.....	37
<i>cholestyramine light</i>	33
<i>chorionic gonadotropin, human</i>	41
<i>ciclopirox</i>	15
<i>cidofovir</i>	25
<i>cilostazol</i>	40
CILOXAN.....	9
<i>cimetidine</i>	36
<i>cimetidine hcl</i>	36
CINRYZE.....	47
CIPRODEX.....	57
<i>ciprofloxacin</i>	9
<i>ciprofloxacin (mixture)</i>	9
<i>ciprofloxacin hcl</i>	9
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	9
<i>ciprofloxacin lactate</i>	9
<i>cisplatin</i>	19
<i>citalopram</i>	13
<i>cladribine</i>	19
<i>claravis</i>	35
<i>clarithromycin</i>	8
<i>clemastine</i>	58
CLEOCIN.....	6
<i>clindamycin hcl</i>	6
<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor</i>	51
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	6
<i>clindamycin pediatric</i>	6
<i>clindamycin phosphate</i>	6
<i>clinisol sf 15 %</i>	54
<i>clobetasol</i>	44
<i>clobetasol-emollient</i>	44
<i>clofarabine</i>	19
CLOLAR.....	19
<i>clomipramine</i>	14
<i>clonazepam</i>	4, 10
<i>clonidine</i>	30
<i>clonidine hcl</i>	30
<i>clopidogrel</i>	40
<i>clorazepate dipotassium</i>	4, 10
<i>clotrimazole</i>	15
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	35
<i>clozapine</i>	24
Coagulantes	39
COARTEM.....	23
<i>codeine sulfate</i>	1
<i>colchicine</i>	16
<i>colestipol</i>	33
<i>colistin (colistimethate na)</i>	7

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>colocort</i>	36
COLY-MYCIN S.....	57
COMBIPATCH.....	42
COMBIVENT RESPIMAT.....	60
COMETRIQ.....	22
Complementos Para La Terapia Emetogénica	15
COMPLERA.....	28
<i>compro</i>	14
<i>constulose</i>	37
COPAXONE.....	62
<i>cortisone</i>	17, 36, 44
COSENTYX.....	35
COSENTYX (2 SYRINGES).....	51
COSENTYX PEN.....	35
COSENTYX PEN (2 PENS).....	51
COSMEGEN.....	19
COSOPT (PF).....	56
COTELLIC.....	22
COUMADIN.....	38
CREON.....	64
CRESEMBA.....	15
CRIVIVAN.....	27
<i>cromolyn</i>	56, 59
<i>cryselle (28)</i>	42
<i>cyclobenzaprine</i>	50
<i>cyclophosphamide</i>	18
CYCLOSET.....	60
<i>cyclosporine</i>	48
<i>cyclosporine modified</i>	48
<i>cyproheptadine</i>	58
CYRAMZA.....	19
<i>cyred</i>	51
CYSTADANE.....	64
CYSTAGON.....	64
CYSTARAN.....	57
<i>cytarabine</i>	19
<i>cytarabine (pf)</i>	20
<i>d10 %-0.45 % sodium chloride</i>	54
<i>d2.5 %-0.45 % sodium chloride</i>	54
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	54
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	54
<i>dacarbazine</i>	20
DAKLINZA.....	26
DALIRESP.....	60
DALVANCE.....	6
<i>danzol</i>	41
<i>dantrolene</i>	15

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>dapsone</i>	18
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	49
<i>daptomycin</i>	6
DARAPRIM	23
DARZALEX	19
<i>daunorubicin</i>	20
<i>deblitane</i>	42
<i>decitabine</i>	20
<i>delyla</i> (28)	42
<i>demeclocycline</i>	9
DEMSER	32
DEPEN TITRATABS	38, 48, 54
Dependencia A Opioides, Tratamientos	
Contra La	5
DEPO-ESTRADIOL	42
DEPO-PROVERA	44
Dermatológicos	34, 35
Dermatológicos	34, 35
DESCOVY	28
<i>desipramine</i>	14
<i>desloratadine</i>	58
<i>desmopressin</i>	41
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	42
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	42
<i>desoximetasone</i>	44
<i>desvenlafaxine</i>	13
<i>desvenlafaxine fumarate</i>	51
<i>desvenlafaxine succinate</i>	13
<i>dexamethasone</i>	17, 36, 44
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	17, 44, 56
DEXILANT	37
<i>dexmethylphenidate</i>	63
<i>dexrazoxane hcl</i>	20
<i>dextroamphetamine</i>	62
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	63
<i>dextrose 10 % and 0.2 % nacl</i>	54
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	54
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	55
<i>dextrose 5 %-lactated ringers</i>	55
<i>dextrose 5%-0.2 % sod chloride</i>	55
<i>dextrose 5%-0.3 % sod.chloride</i>	55
DIASTAT	10
DIASTAT ACUDIAL	10
<i>diazepam</i>	4, 10, 11, 51
<i>diazepam intensol</i>	4, 10
<i>diclofenac potassium</i>	3, 16
<i>diclofenac sodium</i>	3, 16, 35, 56
<i>dicloxacillin</i>	8

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>dicyclomine</i>	37
<i>didanosine</i>	28
<i>diflunisal</i>	3, 16
<i>digitek</i>	32
<i>digoxin</i>	32
<i>dihydroergotamine</i>	18
DILANTIN	11
<i>diltiazem hcl</i>	31
<i>dilt-xr</i>	31
DIPENTUM	35
<i>diphenhydramine hcl</i>	14, 24, 51, 58
Dislipidémicos, Derivados Del Ácido Fóbrico	33
Dislipidémicos, Inhibidores De La	
Hidroximetilglutaril-Coenzima A (Hmg-Coa) Reductasa	33
Dislipidémicos, Otros	33
<i>disopyramide phosphate</i>	30
Disuasivos Del Alcohol/Reductores De La	
Compulsión	5
<i>disulfiram</i>	5
Diuréticos, Ahorradores De Potasio	33
Diuréticos, Asa	33
Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa	
Carbónica	34
Diuréticos, Tiazidas	34
<i>divalproex</i>	11, 18, 30
<i>docetaxel</i>	20, 51
<i>dofetilide</i>	30
<i>donepezil</i>	12
<i>dorzolamide</i>	56
<i>dorzolamide-timolol</i>	56
<i>doxazosin</i>	31, 38
<i>doxepin</i>	4, 14, 64
<i>doxercalciferol</i>	36, 56
<i>doxorubicin</i>	20, 51
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	20
<i>doxy-100</i>	9
<i>doxycycline hyclate</i>	9, 30, 35
<i>doxycycline monohydrate</i>	9, 30, 35
<i>dronabinol</i>	15
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	42
DROXIA	19
<i>duloxetine</i>	4, 13, 14, 62
DURAMORPH (PF)	1
DUREZOL	57
<i>dutasteride</i>	38
<i>econazole</i>	15
EDARBI	30

Nombre del Medicamento	N.º de página
EDARBYCLOR.....	32
EDURANT.....	28
EFFIENT.....	41
EGRIFTA.....	41
ELAPRASE.....	64
ELIDEL.....	35, 48
<i>eliphos</i>	38
ELIQUIS.....	38, 39
ELITEK.....	20
<i>elite-ob</i>	51
ELMIRON.....	38
EMCYT.....	19
EMEND.....	15
<i>emoquette</i>	42
EMPLICITI.....	19
EMSAM.....	13
EMTRIVA.....	28
<i>enalapril maleate</i>	34
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	32
ENBREL.....	48
ENBREL SURECLICK.....	48
ENDOCET.....	2
Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Medicamentos Contra La	35, 36
Enfermedad Ósea Metabólica, Medicamentos Contra La	36
Enfermedad Ósea Metabólica, Medicamentos Contra La	36
ENGERIX-B (PF).....	49
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	49
<i>enoxaparin</i>	39
<i>enpresse</i>	42
<i>entacapone</i>	24
<i>entecavir</i>	26
<i>enulose</i>	37
ENVARUSUS XR.....	48
EPCLUSA.....	26
<i>epinastine</i>	56
<i>epinephrine</i>	59
EPIPEN 2-PAK.....	59
EPIPEN JR 2-PAK.....	59
<i>epirubicin</i>	20
<i>epitol</i>	11, 30
EPIVIR HBV.....	26
<i>eplerenone</i>	33
<i>eprosartan</i>	30
ERAXIS(WATER DILUENT).....	16
ERBITUX.....	20

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>ergoloid</i>	12
<i>ergotamine-caffeine</i>	18
ERIVEDGE.....	22
<i>errin</i>	44
ERWINAZE.....	20
<i>ery pads</i>	8
ERYTHROCIN.....	8
<i>erythromycin</i>	8
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	8
<i>erythromycin with ethanol</i>	9
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	35
ESBRIET.....	60
<i>escitalopram oxalate</i>	4, 14
Esclerosis Múltiple, Medicamentos Contra La	62
<i>esomeprazole magnesium</i>	37
<i>esomeprazole sodium</i>	37
Estabilizadores De Los Mastocitos	59
Estabilizadores Del Estado De Ánimo	29, 30
Esteroides Anabolizantes	41
<i>estradiol</i>	42
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	42
ESTRING.....	42
Estrógenos	41, 42
<i>estropipate</i>	42
<i>eszopiclone</i>	64
<i>ethambutol</i>	18
<i>ethosuximide</i>	12
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	42
<i>etidronate disodium</i>	36
<i>etodolac</i>	3, 16
ETOPOPHOS.....	21
<i>etoposide</i>	21
EURAX.....	23
EVOTAZ.....	27
<i>exemestane</i>	21
EXJADE.....	54
EXTAVIA.....	51, 62
<i>ezetimibe</i>	33
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	32
FABRAZYME.....	64
<i>falmina (28)</i>	42
<i>famciclovir</i>	27
<i>famotidine</i>	37
<i>famotidine (pf)</i>	37
FANAPT.....	25
FARESTON.....	19
FARYDAK.....	21

Nombre del Medicamento	N.º de página
FASLODEX.....	20
felbamate.....	12
felodipine.....	31
femynor.....	42
fenofibrate.....	33
fenofibrate micronized.....	33
fenofibrate nanocrystallized.....	33
fenofibric acid.....	33
fenofibric acid (choline).....	33
fenoprofen.....	3, 16
fentanyl.....	1, 2
fentanyl citrate.....	1
fentanyl citrate (pf).....	51
FERRIPROX.....	54
FETZIMA.....	14
Fibromialgia, Medicamentos Contra La	62
Fibrosis Quística, Medicamentos Contra La	59, 60
finasteride.....	38
FIRAZYR.....	47
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE...	46
flavoxate.....	38
FLEBOGAMMA DIF.....	47, 51
flecainide.....	30
FLOVENT DISKUS.....	58
FLOVENT HFA.....	58
fluconazole.....	16
fluconazole in nacl (iso-osm).....	16, 51
flucytosine.....	16
fludarabine.....	19
fludrocortisone.....	44
flunisolide.....	58
fluocinolone.....	45
fluocinolone acetonide oil.....	44
fluocinonide.....	45
fluocinonide-e.....	45
fluoride (sodium).....	51, 55
fluoridex daily defense.....	51
fluoritab.....	51
fluorometholone.....	57
fluorouracil.....	35
flouxetine.....	14
fluphenazine decanoate.....	24
fluphenazine hcl.....	24
flurbiprofen.....	3, 16
flurbiprofen sodium.....	57
flutamide.....	18
fluticasone.....	35, 45, 58

Nombre del Medicamento	N.º de página
fluvoxamine.....	14
fondaparinux.....	39
FORTEO.....	36
fosamprenavir.....	51
fosinopril.....	34
fosinopril-hydrochlorothiazide.....	32
fosphenytoin.....	11, 51
FOSRENOL.....	38
FRAGMIN.....	39
furosemide.....	33
FUSILEV.....	19
FUZEON.....	29
FYCOMPA.....	12
gabapentin.....	11
GABITRIL.....	11
galantamine.....	12, 13
GAMASTAN S/D.....	47
gammagard liquid.....	47
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	47
GAMMAKED.....	47
GAMMAPLEX.....	47
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	47
GAMUNEX-C.....	47, 51
ganciclovir sodium.....	25
GARDASIL 9 (PF).....	49
Gastrointestinales	36, 37, 38
Gastrointestinales, Otros	37
GATTEX ONE-VIAL.....	37
gauze pad.....	61
gavilyte-c.....	37
gavilyte-g.....	37
gavilyte-n.....	37
GAZYVA.....	51
gemcitabine.....	19, 51
gemfibrozil.....	33
generlac.....	37
engraf.....	48
GENGRAF.....	48
Genitourinarios	38
Genitourinarios, Otros	38
GENOTROPIN.....	41
GENOTROPIN MINIQUICK.....	41
gentak.....	5
gentamicin.....	6, 51
GENTAMICIN SULFATE (PF).....	6
GENVOYA.....	27
GEODON.....	25, 29
gianvi (28).....	42

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>gildagia</i>	42
GILENYA.....	62
GILOTRIF.....	22
GLEOSTINE.....	20
<i>glimepiride</i>	60
<i>glipizide</i>	60
<i>glipizide-metformin</i>	62
GLUCAGEN HYPOKIT.....	61
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN).....	61
Glucémicos	61
Glucocorticoides	17, 35, 36
<i>glyburide</i>	60
<i>glyburide micronized</i>	60
<i>glyburide-metformin</i>	62
<i>glycopyrrolate</i>	37
GLYXAMBI.....	60
<i>golytely</i>	37
<i>granisetron (pf)</i>	15
<i>granisetron hcl</i>	15
GRANIX.....	40
<i>griseofulvin microsize</i>	16
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	16
<i>guanfacine</i>	30, 63
<i>guanidine</i>	18
HAEGARDA.....	51
HALAVEN.....	20
<i>halobetasol propionate</i>	45
<i>haloperidol</i>	24
<i>haloperidol decanoate</i>	24
<i>haloperidol lactate</i>	24
HARVONI.....	26
HAVRIX (PF).....	49
<i>havrix (pf)</i>	51
Hemoderivados/Modificadores Sanguíneos/Expansores Del Volumen	
Sanguíneo	38, 39, 40, 41
<i>heparin (porcine)</i>	39, 51
HEPATAMINE 8%.....	55
HERCEPTIN.....	20, 52
HETLIOZ.....	64
HEXALEN.....	18
HIBERIX (PF).....	49
Hipertrofia Prostática Benigna, Medicamentos Contra La	38
HIZENTRA.....	52

Nombre del Medicamento	N.º de página
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hipofisarios)	41
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hipofisarios)	41
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)	41, 42, 43, 44
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Hormonas Sexuales/Modificadores)	42, 43
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Prostaglandinas)	44
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Prostaglandinas)	44
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Suprarrenales)	44, 45
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Suprarrenales)	44, 45
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Tiroideos)	45, 46
Hormonales, Estimulantes/Sustitutos/Modificadores (Tiroideos)	45, 46
Hormonales, Supresores (Hipofisarios)	46
Hormonales, Supresores (Hipofisarios)	46
Hormonales, Supresores (Paratiroides)	46
Hormonales, Supresores (Paratiroides)	46
Hormonales, Supresores (Suprarrenales)	46
Hormonales, Supresores (Suprarrenales)	46
Hormonales, Supresores (Tiroideos)	46
HUMALOG.....	61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	52
HUMALOG KWIKPEN.....	61
HUMALOG MIX 50-50.....	61
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	61
HUMALOG MIX 75-25.....	61
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	61
HUMIRA.....	48
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START....	48
HUMIRA PEN.....	48

Nombre del Medicamento	N.º de página
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	48
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS	48
HUMULIN 70/30	61
HUMULIN N	61
HUMULIN R U-100	61
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61
hydralazine	34
hydrochlorothiazide	34
hydrocodone-acetaminophen	2, 3
hydrocodone-ibuprofen	3
hydrocortisone	17, 36, 45
hydrocortisone butyrate	45
hydrocortisone valerate	45
hydrocortisone-acetic acid	57
hydromorphone	1
hydroxychloroquine	23
hydroxyprogesterone caproate	44
hydroxyurea	19
hydroxyzine hcl	4, 14, 58
ibandronate	36, 52
IBRANCE	21
ibuprofen	3, 16
ICLUSIG	22
idarubicin	20
IDHIFA	21
ifosfamide	20
ILARIS (PF)	47, 52
ILEVRO	57
imatinib	22
IMBRUVICA	22
IMFINZI	19
imipenem-cilastatin	7
imipramine hcl	14
imiquimod	35
IMOGAM RABIES-HT (PF)	47
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	49
INCRELEX	41
INCRUSE ELLIPTA	59, 60
indapamide	34
indomethacin	3, 16
INFANRIX (DTAP) (PF)	49
Inhibidores De Enzimas	21
Inhibidores De La Aromatasa De Tercera Generación	21
Inhibidores De La Bomba De Protones	37
Inhibidores De La Colinesterasa	12, 13
Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (Ace)	34

Nombre del Medicamento	N.º de página
Inhibidores De La Fosfodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias	60
Inhibidores De La Monoaminoxidasa	13
Inhibidores De La Monoaminoxidasa B (Mao-B)	24
Inhibidores De Los Blancos Moleculares	21, 22, 23
Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina (Ssri)/Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina (Snri)	4, 5, 13, 14
INLYTA	22
Inmunizadores, Pasivos	47
Inmunológicos	46, 47, 48, 49, 50
Inmunológicos	47
Inmunomoduladores	47
Inmunosupresores	47, 48, 49
insulin syringe-needle u-100	61
Insulinas	61, 62
INTELENCE	28
INTRALIPID	55
INTRON A	26
introvale	42
INVANZ	7
INVEGA SUSTENNA	25
INVEGA TRINZA	25
INVIRASE	27
INVOKAMET	60
INVOKAMET XR	61
INVOKANA	61
IPOL	49
ipratropium bromide	59
ipratropium-albuterol	60
IPRIVASK	52
irbesartan	30
irbesartan-hydrochlorothiazide	32, 34
IRESSA	22
irinotecan	20
ISENTRESS	27
ISENTRESS HD	27
isibloom	42
isoniazid	18
isosorbide dinitrate	34
isosorbide mononitrate	34
isradipine	31
ISTODAX	20
itraconazole	16
ivermectin	23

Nombre del Medicamento	N.º de página
IXIARO (PF).....	49
JADENU.....	54
JADENU SPRINKLE.....	54
JAKAFI.....	22
<i>jantoven</i>	39
JANUMET.....	62
JANUMET XR.....	62
JANUVIA.....	61
JARDIANCE.....	61
<i>jentadueto</i>	61
<i>jentadueto xr</i>	62
JEVTANA.....	20
<i>jinteli</i>	42
<i>jolivette</i>	44
<i>juleber</i>	42
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	42
<i>junel 1/20 (21)</i>	42
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	42
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	42
<i>junel fe 24</i>	42
JUXTAPID.....	33
KADCYLA.....	20, 52
KALETRA.....	27
KALYDECO.....	59
<i>kariva (28)</i>	42
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	42
KEPIVANCE.....	30
<i>ketoconazole</i>	16
<i>ketoprofen</i>	3, 17
<i>ketorolac</i>	57
KEYTRUDA.....	19, 47
<i>kimidess (28)</i>	42
KINRIX (PF).....	49
<i>kionex</i>	54
KISQALI.....	21
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	21
KLOR-CON 10.....	55
KLOR-CON 8.....	55
<i>klor-con m10</i>	55
KLOR-CON M15.....	55
<i>klor-con m20</i>	55
KORLYM.....	61
KRYSTEXXA.....	52
KUVAN.....	64
KYNAMRO.....	33
KYPROLIS.....	22
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	42
<i>labetalol</i>	31

Nombre del Medicamento	N.º de página
LACRISERT.....	57
<i>lactated ringers</i>	55
<i>lactulose</i>	37
<i>lamivudine</i>	26, 28
<i>lamivudine-zidovudine</i>	28
<i>lamotrigine</i>	11, 12, 30
LANOXIN.....	32
<i>lansoprazole</i>	37
<i>lanthanum</i>	52
LANTUS.....	61
LANTUS SOLOSTAR.....	61
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	42
<i>larissia</i>	42
LARTRUVO.....	19
<i>latanoprost</i>	56
LATUDA.....	25
Laxantes	37, 38
LAZANDA.....	1, 2
<i>leflunomide</i>	47
LENVIMA.....	22
<i>lessina</i>	42
LETAIRIS.....	57
<i>letrozole</i>	21
<i>leucovorin calcium</i>	19
LEUKERAN.....	18
LEUKINE.....	40
<i>leuprolide</i>	46
<i>levalbuterol hcl</i>	59
<i>levalbuterol tartrate</i>	59
<i>levetiracetam</i>	10
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	10
<i>levobunolol</i>	56
<i>levocarnitine</i>	55
<i>levocetirizine</i>	58
<i>levofloxacin</i>	9
<i>levofloxacin in d5w</i>	9
<i>levoleucovorin</i>	20, 52
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	42
<i>levora-28</i>	43
<i>levorphanol tartrate</i>	2
<i>levothyroxine</i>	45
LEVOXYL.....	46
LEXIVA.....	27
LIALDA.....	35
<i>lidocaine</i>	3
<i>lidocaine (pf)</i>	3
<i>lidocaine hcl</i>	3
<i>lidocaine viscous</i>	3

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>lidocaine-prilocaine</i>	3, 52
<i>lincomycin</i>	6
<i>lindane</i>	23
<i>linezolid</i>	6
<i>liothyronine</i>	46
<i>lisinopril</i>	34
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>lithium carbonate</i>	30
<i>lithium citrate</i>	30
<i>lomedina 24 fe</i>	43
LONSURF.....	19
<i>loperamide</i>	37
<i>lopinavir-ritonavir</i>	27
<i>lorazepam</i>	4, 11
<i>losartan</i>	30
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	32
LOTEMAX.....	57
<i>lovastatin</i>	33
<i>low-ogestrel (28)</i>	43
<i>loxapine succinate</i>	24
<i>ludent fluoride</i>	52
LUDENT FLUORIDE.....	52
LUMIGAN.....	56
LUMIZYME.....	60
LUPRON DEPOT.....	46
LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	46
LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	46
LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	46
LUPRON DEPOT-PED.....	46
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	52
<i>lutura (28)</i>	43
LYNPARZA.....	20
LYRICA.....	12, 62
LYSODREN.....	46
Macrólidos	8, 9
<i>magnesium sulfate</i>	55
<i>malathion</i>	23
<i>maprotiline</i>	13
MARPLAN.....	13
MARQIBO.....	52
MATULANE.....	18
<i>matzim la</i>	31
MAXIDEX.....	57
<i>meclizine</i>	15
<i>medroxyprogesterone</i>	44
<i>mefloquine</i>	23
<i>megestrol</i>	44, 52
MEKINIST.....	22

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>meloxicam</i>	3, 17
<i>melphalan hcl</i>	18
<i>memantine</i>	12
MENACTRA (PF).....	50
MENEST.....	42
MENHIBRIX (PF).....	52
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF).....	52
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	50
<i>mercaptopurine</i>	48
<i>meropenem</i>	7
<i>mesalamine</i>	35, 52
<i>mesna</i>	20
MESNEX.....	20
MESTINON.....	18
<i>metadate er</i>	63
<i>metformin</i>	61
<i>methadone</i>	2
<i>methazolamide</i>	34, 56
<i>methenamine hippurate</i>	6
<i>methimazole</i>	46
<i>methotrexate sodium</i>	48
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	48
<i>methoxsalen</i>	35
<i>methscopolamine</i>	37
<i>methyclothiazide</i>	34
<i>methyl dopa</i>	30
<i>methylphenidate hcl</i>	63
<i>methylprednisolone</i>	17, 36, 45
<i>methylprednisolone acetate</i>	17, 36, 45
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	17, 45
<i>metipranolol</i>	56
<i>metoclopramide hcl</i>	15, 37
<i>metolazone</i>	34
<i>metoprolol succinate</i>	31
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	32
<i>metoprolol tartrate</i>	31, 52
<i>metronidazole</i>	6
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	6
<i>mexiletine</i>	30
MIACALCIN.....	36
<i>miconazole-3</i>	16
<i>micort-hc</i>	45
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	43
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	43
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	43
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	43
<i>midodrine</i>	30
<i>migergot</i>	18

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>miglitol</i>	61
<i>mimvey</i>	43
<i>mimvey lo</i>	43
<i>minitran</i>	34
<i>minocycline</i>	9, 10, 30
<i>minoxidil</i>	34
Miorrelajantes	50
Miorrelajantes	50
MIRCERA.....	40, 52
<i>mirtazapine</i>	13
<i>misoprostol</i>	38, 44
<i>mitomycin</i>	20
<i>mitoxantrone</i>	19, 62
M-M-R II (PF).....	50
<i>modafinil</i>	64
<i>moderiba</i>	26
Modificadores De Electrolitos/Minerales	54
Modificadores De Los Canales De Calcio	12
Modificadores Para La Formación De La Sangre	39, 40
Modificadores Plaquetarios	40, 41
Modificadores Selectivos De Los Receptores Estrogénicos	43
Moduladores Del Receptor Del Ácido Gammaaminobutírico (Gaba)	64
<i>moexipril</i>	34
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>mometasone</i>	45
<i>mononessa (28)</i>	43
<i>montelukast</i>	58
<i>morphine</i>	1, 2, 52
<i>morphine (pf)</i>	52
<i>morphine concentrate</i>	1, 2
<i>morphine in 0.9 % nacl</i>	52
<i>moxifloxacin</i>	9
MOZOBIL.....	40
MULTAQ.....	31
<i>multi-vit with fluoride-iron</i>	53
<i>multi-vitamin with fluoride</i>	53
<i>multivitamins with fluoride</i>	53
<i>mupirocin</i>	6
MUSTARGEN.....	20
MYALEPT.....	41
MYCAMINE.....	16
<i>mycophenolate mofetil</i>	48
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	48
<i>mycophenolate sodium</i>	48
MYLOTARG.....	53

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>myorisan</i>	35
MYRBETRIQ.....	38
<i>nabumetone</i>	3, 17
<i>nadolol</i>	31
<i>nadolol-bendroflumethiazide</i>	32
<i>nafcillin</i>	8
NAGLAZYME.....	64
<i>naloxone</i>	5, 53
<i>naltrexone</i>	5
NAMENDA XR.....	12
NAMZARIC.....	12
<i>naproxen</i>	3, 17
<i>naproxen sodium</i>	3, 17
<i>naratriptan</i>	17
NARCAN.....	5
NATACYN.....	16
<i>nateglinide</i>	61
NATPARA.....	36
NEBUPENT.....	23
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	43
<i>necon 1/50 (28)</i>	43
<i>necon 7/7/7 (28)</i>	43
<i>nefazodone</i>	13
<i>neomycin</i>	6
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	57
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	57
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	57
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	57
NERLYNX.....	22
NEULASTA.....	40, 53
NEUPOGEN.....	40
NEUPRO.....	23
NEVANAC.....	57
<i>nevirapine</i>	28
NEXAVAR.....	22
<i>niacin</i>	33
<i>niacor</i>	33
<i>nicardipine</i>	31
NICOTROL NS.....	5
<i>nifedipine</i>	31
<i>nikki (28)</i>	43
<i>nilutamide</i>	18
<i>nimodipine</i>	31
NINLARO.....	20
NIPENT.....	20
NITRO-BID.....	34
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	6

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	6
<i>nitroglycerin</i>	34
<i>nizatidine</i>	37
Non-Frf	50, 51, 52, 53, 54
Non-Frf	50, 51, 52, 53, 54
<i>nora-be</i>	43
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	43
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	44
<i>norethindrone acetate</i>	44
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	43
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	43, 53
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	43
<i>norlyroc</i>	43
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	55
NORTHERA	30
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	43
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	43
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	43
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	43
<i>nortriptyline</i>	14
NORVIR	27
NOVAREL	53
NOXAFIL	16, 53
NUCALA	60
NUDEXTA	62
NULOJIX	48
NUPLAZID	25
Nutrientes	
Terapéuticos/Minerales/Electrolitos	54, 55, 56
Nutrientes	
Terapéuticos/Minerales/Electrolitos	54, 55
NUTRILIPID	55
NUVARING	43
<i>nyamyc</i>	16
NYMALIZE	53
<i>nystatin</i>	16
<i>nystatin-triamcinolone</i>	35
<i>nystop</i>	16
<i>obstetrix one</i>	53
OCALIVA	37
<i>ocella</i>	43
OCTAGAM	47
<i>octreotide acetate</i>	46, 53
ODEFSEY	28
ODOMZO	22
OFEV	22, 60
<i>ofloxacin</i>	9, 57
Oftálmicos	56, 57

Nombre del Medicamento	N.º de página
Oftálmicos	57
Oftálmicos Análogos De Las	
Prostaglandinas Y Prostaglandinas	56
Oftálmicos Antialérgicos	56
Oftálmicos Antiglaucoma	56
Oftálmicos Antiinflamatorios	56, 57
Oftálmicos, Otros	57
<i>ogestrel (28)</i>	43
<i>olanzapine</i>	25, 29
<i>olopatadine</i>	56
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	33
<i>omeprazole</i>	37
<i>ondansetron</i>	15
<i>ondansetron hcl</i>	15
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	15
ONFI	11
ONIVYDE	53
OPDIVO	19, 53
OPSUMIT	57
ORBACTIV	6
ORFADIN	64
ORKAMBI	59
<i>orsythia</i>	43
<i>oseltamivir</i>	26
OTEZLA	48
OTEZLA STARTER	48, 53
Óticos	57
Óticos	57
OTREXUP (PF)	48
<i>oxacillin</i>	8, 53
<i>oxacillin in dextrose(iso-osm)</i>	8
<i>oxaliplatin</i>	20
<i>oxandrolone</i>	41
<i>oxaprozin</i>	3, 17
<i>oxcarbazepine</i>	11
OXTELLAR XR	11
<i>oxybutynin chloride</i>	38
<i>oxycodone</i>	1
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	3
<i>oxycodone-aspirin</i>	3
<i>paclitaxel</i>	20
<i>paliperidone</i>	25
PANRETIN	23
<i>pantoprazole</i>	37
Parasimpaticomiméticos	18
<i>paricalcitol</i>	36
<i>paromomycin</i>	6
<i>paroxetine hcl</i>	4, 14

Nombre del Medicamento	N.º de página
PASER.....	18
PATADAY.....	56
PAXIL.....	4, 14
PEDIARIX (PF).....	50
Pediculicidas/Escabicidas	23
PEDVAX HIB (PF).....	50
<i>peg 3350-electrolytes</i>	38
PEGANONE.....	11
PEGASYS.....	26
PEGASYS PROCLICK.....	26
<i>peg-electrolyte soln</i>	38
PEGINTRON.....	26
PEGINTRON REDIPEN.....	26
<i>pen needle, diabetic</i>	61
<i>penicillin g potassium</i>	8
<i>penicillin g procaine</i>	8
<i>penicillin g sodium</i>	8
<i>penicillin v potassium</i>	8
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF).....	53
PENTACEL DTAP-IPV COMPNT (PF).....	53
PENTAM.....	23
<i>pentoxifylline</i>	32
<i>perindopril erbumine</i>	34
<i>perlogard</i>	30
<i>permethrin</i>	23
<i>perphenazine</i>	15, 24
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	13
<i>phenelzine</i>	13
<i>phenobarbital</i>	11
<i>phenytek</i>	12
<i>phenytoin</i>	12
<i>phenytoin sodium extended</i>	12
PHOSPHOLINE IODIDE.....	56
PHYSIOLYTE.....	55
PHYSIOSOL IRRIGATION.....	55
PICATO.....	35
<i>pilocarpine hcl</i>	30, 56
<i>pimozide</i>	24
<i>pimtree (28)</i>	43
<i>pindolol</i>	31
<i>pioglitazone</i>	61
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	62
<i>pioglitazone-metformin</i>	62
<i>piperacillin-tazobactam</i>	8, 53
<i>pirmella</i>	43
<i>pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa</i>	53
<i>podofilox</i>	35
<i>polyethylene glycol 3350</i>	38, 53

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>polymyxin b sulfate</i>	6
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	57
POMALYST.....	18
<i>portia</i>	43
PORTRAZZA.....	53
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i>	55
<i>potassium chloride</i>	55
<i>potassium chloride in lr-d5</i>	55
<i>potassium citrate</i>	38
PRADAXA.....	39
PRALUENT PEN.....	33
<i>pramipexole</i>	23
<i>prasugrel</i>	41
<i>pravastatin</i>	33
<i>prazosin</i>	31, 38
Precursores De La Dopamina/Inhibidores De La L-Aminoácido Descarboxilasa	24
<i>prednicarbate</i>	35, 45
<i>prednisolone acetate</i>	17, 36, 57
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	17, 36, 45, 57
<i>prednisone</i>	17, 36, 45
<i>prednisone intensol</i>	17, 36, 45
PREMARIN.....	42
PREMASOL 10 %.....	55
PREMASOL 6 %.....	55
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	53
<i>prenatal low iron</i>	53
<i>prenatal plus</i>	53
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	53
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	55
<i>prenatal-u</i>	53
<i>prevalite</i>	33
<i>prevident</i>	53
<i>previfem</i>	43
PREZCOBIX.....	27
PREZISTA.....	27
PRIFTIN.....	18
<i>primaquine</i>	23
Primera Generación/Típicos	24
<i>primidone</i>	11
PRISTIQ.....	14
<i>privigen</i>	47
<i>probenecid</i>	16
<i>probenecid-colchicine</i>	16
<i>prochlorperazine</i>	15
<i>prochlorperazine edisylate</i>	15, 24
<i>prochlorperazine maleate</i>	15, 24
PROCRIT.....	40

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>procto-med hc</i>	36
<i>procto-pak</i>	45
<i>proctosol hc</i>	36
<i>proctozone-hc</i>	37, 45
PROCYSBI.....	64
Profilácticos	18
<i>progesterone micronized</i>	44
Progestinas	43, 44
PROGLYCEM.....	61
PROGRAF.....	48
PROLASTIN-C.....	60
PROLEUKIN.....	20
PROLIA.....	36
PROMACTA.....	40
<i>promethazine</i>	15, 58
<i>propafenone</i>	31
<i>propantheline</i>	37
<i>propranolol</i>	31
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	32
<i>propylthiouracil</i>	46
PROQUAD (PF).....	50
Protectores	38
<i>protriptyline</i>	14
PULMICORT FLEXHALER.....	58
Pulmonares/Tracto Respiratorio, Medicamentos Del	57, 58, 59, 60
Pulmonares/Tracto Respiratorio, Medicamentos Del	60
PULMOZYME.....	59, 60
PURIXAN.....	19
<i>pyrazinamide</i>	18
<i>pyridostigmine bromide</i>	18
QUADRACEL (PF).....	50
<i>quasense</i>	43
Quelantes De Fosfato	38
<i>quetiapine</i>	25, 29
<i>quinapril</i>	34
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>quinidine gluconate</i>	31
<i>quinidine sulfate</i>	31
<i>quinine sulfate</i>	23
Quinolonas	9
QVAR.....	58
RABAVERT (PF).....	50
<i>rabeprazole</i>	37
<i>raloxifene</i>	43
<i>ramipril</i>	34
RANEXA.....	32

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>ranitidine hcl</i>	37, 53
RAPAMUNE.....	48
<i>rasagiline</i>	24
RASUVO (PF).....	48, 49
RAVICTI.....	64
<i>reclipsen (28)</i>	43
RECOMBIVAX HB (PF).....	50
Reductores Del Glutamato	12
REGRANEX.....	35
Reguladores De La Glucemia	60, 61, 62
Reguladores De La Glucemia	62
RELENZA DISKHALER.....	26
RELISTOR.....	37
REMICADE.....	49
REVELA.....	38
<i>repaglinide</i>	61
RESCRIPTOR.....	28
Resistentes Al Tratamiento	24
RESTASIS.....	57
RESTASIS MULTIDOSE.....	53
Retinoides	23
RETROVIR.....	28
REVATIO.....	57
Revertidores Opioideos	5
REVLIMID.....	18, 19
REXULTI.....	25
REYATAZ.....	28
<i>ribasphere</i>	26
<i>ribavirin</i>	26, 27, 53
RIDAURA.....	47
<i>rifabutin</i>	18
<i>rifampin</i>	18
RIFATER.....	18
<i>riluzole</i>	62
<i>rimantadine</i>	26
<i>ringer's</i>	55
<i>risedronate</i>	36
RISPERDAL CONSTA.....	25, 29
<i>risperidone</i>	25, 29
RITUXAN.....	19
RITUXAN HYCELA.....	53
<i>rivastigmine</i>	13
<i>rivastigmine tartrate</i>	13
<i>rizatriptan</i>	17
<i>ropinirole</i>	23
ROTARIX.....	50
ROTATEQ VACCINE.....	50
<i>roweepa</i>	10

Nombre del Medicamento	N.º de página
ROZEREM.....	64
RUBRACA.....	20, 53
RUCONEST.....	47
RYDAPT.....	22
SABRIL.....	11
SANDIMMUNE.....	49
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	46
SANTYL.....	35
SAPHRIS (BLACK CHERRY).....	25, 29
<i>scopolamine base</i>	53
Segunda Generación/Atípicos	24, 25
<i>selegiline hcl</i>	24
<i>selenium sulfide</i>	35
SELZENTRY.....	29, 53
SENSIPAR.....	46
SEREVENT DISKUS.....	59
SEROSTIM.....	41
<i>sertraline</i>	4, 14
<i>setlakin</i>	43
<i>sevelamer carbonate</i>	38
<i>sf 5000 plus</i>	53
<i>sharobel</i>	43
SIGNIFOR.....	46
<i>sildenafil</i>	57
SILENOR.....	4, 14
<i>silvadene</i>	9
<i>silver sulfadiazine</i>	9
<i>simvastatin</i>	33
Síndrome Del Colon Irritable, Medicamentos	
Contra El	38
<i>sirolimus</i>	49
SIRTURO.....	18
Sistema Nervioso Central, Medicamentos	
Del	62, 63
Sistema Nervioso Central, Otros	
Medicamentos Del	62
SIVEXTRO.....	6
SMOFLIPID.....	53
<i>sodium bicarbonate</i>	53
<i>sodium chlor 0.9% bacteriostat</i>	53
<i>sodium chloride</i>	55, 56
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	55
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	55
<i>sodium chloride 3 %</i>	55
<i>sodium chloride 5 %</i>	55
<i>sodium phenylbutyrate</i>	38, 54
<i>sodium polystyrene (sorb free)</i>	54
SOLTAMOX.....	19

Nombre del Medicamento	N.º de página
SOMATULINE DEPOT.....	46
SOMAVERT.....	46
<i>sorine</i>	31
<i>sotalol</i>	31
<i>sotalol af</i>	31
SOVALDI.....	27
<i>spironolactone</i>	33
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	32
<i>sprintec (28)</i>	43
SPRITAM.....	10
SPRYCEL.....	22
<i>ssd</i>	9
<i>stavudine</i>	28, 54
STIVARGA.....	22
STRATTERA.....	63
STRENSIQ.....	64
<i>streptomycin</i>	6
STRIBILD.....	27
SUBOXONE.....	5
SUCRAID.....	64
<i>sucralfate</i>	38
<i>sulfacetamide sodium</i>	9, 57
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	9
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	17, 57
<i>sulfadiazine</i>	9
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	9
SULFAMILYLON.....	7
<i>sulfasalazine</i>	36
Sulfonamidas	9, 36
<i>sulindac</i>	3, 17
<i>sumatriptan</i>	17
<i>sumatriptan succinate</i>	17
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	56
Sustitutos De Electrolitos/Minerales	55, 56
Sustitutos/Modificadores De Enzimas	63, 64
Sustitutos/Modificadores De Enzimas	63, 64
SUSTIVA.....	28
SUTENT.....	22, 23
SYLATRON.....	19, 27
SYLVANT.....	19, 47, 54
SYMBICORT.....	60
SYMLINPEN 120.....	61
SYMLINPEN 60.....	61
SYNAGIS.....	47
SYNAREL.....	46
SYNERCID.....	7
SYNJARDY.....	61
SYNJARDY XR.....	54

Nombre del Medicamento	N.º de página
SYNRIBO.....	19
SYNTHROID.....	46
SYPRINE.....	54
TABLOID.....	19
<i>tacrolimus</i>	49
TAFINLAR.....	23
TAGRISSO.....	23
TAMIFLU.....	26
<i>tamoxifen</i>	19
<i>tamsulosin</i>	38
TANZEUM.....	61
TARCEVA.....	23
TARGRETIN.....	23
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	43
TASIGNA.....	23
<i>tazarotene</i>	35
TAZORAC.....	35
<i>taztia xt</i>	31
TECENTRIQ.....	19
TECFIDERA.....	62
TEFLARO.....	7
<i>teniposide</i>	54
TENIVAC (PF).....	50
<i>terazosin</i>	31, 38
<i>terbinafine hcl</i>	16
<i>terbutaline</i>	59
<i>terconazole</i>	16
<i>testosterone cypionate</i>	41
<i>testosterone enanthate</i>	41
<i>tetanus, diphtheria tox ped(pf)</i>	50
<i>tetanus-diphtheria toxoids-td</i>	50
<i>tetrabenazine</i>	62
Tetraciclinas	9, 10
<i>tetracycline</i>	10
THALOMID.....	18
THEO-24.....	60
<i>theophylline</i>	60
THIOLA.....	38
<i>thioridazine</i>	24
<i>thiotepa</i>	18
<i>thiothixene</i>	24
THYMOGLOBULIN.....	47
<i>tiagabine</i>	11
TIGAN.....	15
<i>tigecycline</i>	7
<i>timolol maleate</i>	18, 31, 56
<i>tinidazole</i>	7
TIVICAY.....	27

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>tizanidine</i>	15
TOBI PODHALER.....	6, 60
TOBRADEX.....	6
<i>tobramycin</i>	6
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	6
<i>tobramycin sulfate</i>	6
<i>tobramycin with nebulizer</i>	54
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	57
TOBREX.....	6
TOLAK.....	35
<i>tolazamide</i>	61
<i>tolbutamide</i>	61
<i>tolcapone</i>	24
<i>tolterodine</i>	38
<i>topiramate</i>	12, 18
<i>topotecan</i>	21
TORISEL.....	49
<i>torseamide</i>	33
TOUJEO SOLOSTAR.....	62
TPN ELECTROLYTES.....	55
TRACLEER.....	58
Tracto Respiratorio, Otros Medicamentos	
Del	60
TRADJENTA.....	61
<i>tramadol</i>	1
<i>tramadol-acetaminophen</i>	3
<i>trandolapril</i>	34
<i>tranexamic acid</i>	39
TRANSDERM-SCOP.....	15, 37
<i>tranylcpromine</i>	13
Trastorno De Hiperactividad Y Déficit De Atención, Medicamentos Anfetamínicos	
Contra El	62, 63
Trastorno De Hiperactividad Y Déficit De Atención, Medicamentos No Anfetamínicos	
Contra El	63
Trastornos Del Sueño, Medicamentos	
Contra Los	64
Trastornos Del Sueño, Otros	64
TRAVATAN Z.....	56
<i>trazodone</i>	13
TREANDA.....	20
TRECATOR.....	18
<i>tretinoin</i>	23, 35
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	23
TREXALL.....	49
<i>triamcinolone acetonide</i>	30, 45
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	32

Nombre del Medicamento	N.º de página
<i>triazolam</i>	4
Tricíclicos	14
<i>triderm</i>	45
<i>trifluoperazine</i>	24
<i>trifluridine</i>	27
<i>trihexyphenidyl</i>	24
<i>tri-legest fe</i>	43
<i>trilyte with flavor packets</i>	38
<i>trimethoprim</i>	7
<i>trimipramine</i>	14
<i>trinessa (28)</i>	43
TRINTELLIX.....	14
<i>tri-previfem (28)</i>	43
TRISENOX.....	20
<i>tri-sprintec (28)</i>	43
TRIUMEQ.....	29
<i>tri-vitamin with fluoride</i>	54
<i>trivora (28)</i>	43
<i>trospium</i>	38
TRULICITY.....	61
TRUMENBA.....	50
TRUVADA.....	28
TUDORZA PRESSAIR.....	59
TWINRIX (PF).....	50
TYBOST.....	29
TYGACIL.....	7
TYKERB.....	23
TYMLOS.....	36
TYPHIM VI.....	50
TYSABRI.....	47, 62
UNITHROID.....	46
UNITUXIN.....	54
UPTRAVI.....	32
<i>ursodiol</i>	37
Vacunas	49, 50
<i>valacyclovir</i>	27
VALCHLOR.....	18, 35
<i>valganciclovir</i>	25
<i>valproate sodium</i>	11
<i>valproic acid</i>	11, 18, 30
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	11, 18, 30
<i>valsartan</i>	30
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>vancomycin</i>	7
<i>vancomycin in 0.9% sodium cl</i>	54
VANDAZOLE.....	7
VAQTA (PF).....	50
VARIVAX (PF).....	50

Nombre del Medicamento	N.º de página
VARIZIG.....	50
Vasodilatadores Arteriales De Acción Directa	34
Vasodilatadores Arteriales/Venosos De Acción Directa	34
VECTIBIX.....	20
VELCADE.....	20
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	43
VENCLEXTA.....	20, 21
VENCLEXTA STARTING PACK.....	21
<i>venlafaxine</i>	5, 14
VENLAFAXINE.....	5, 14
VENTAVIS.....	58
VENTOLIN HFA.....	59
<i>verapamil</i>	31
VERSACLOZ.....	24
VESICARE.....	38
<i>vestura (28)</i>	43
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC.....	28
<i>vienna</i>	43
<i>vigabatrin</i>	11
VIIBRYD.....	14
VIMPAT.....	12
<i>vinblastine</i>	21
<i>vincasar pfs</i>	21
<i>vincristine</i>	21
<i>vinorelbine</i>	21
VIRACEPT.....	28
VIREAD.....	26, 29
<i>virt-advance</i>	54
<i>virt-nate</i>	54
Vitaminas	56
<i>voriconazole</i>	16
VOTRIENT.....	23
VPRIV.....	64
VRAYLAR.....	25, 29
<i>vyfemla (28)</i>	43
VYXEOS.....	21
<i>warfarin</i>	39
<i>water for irrigation, sterile</i>	55
WELCHOL.....	33, 61
<i>wymzya fe</i>	43
XALKORI.....	23
XARELTO.....	39
XATMEP.....	49
XELJANZ.....	49
XELJANZ XR.....	49
XGEVA.....	36

Nombre del Medicamento	N.º de página
XOLAIR.....	60
XTANDI.....	18
XYREM.....	64
YERVOY.....	19
YF-VAX (PF).....	50
YONDELIS.....	21
<i>zafirlukast</i>	58
<i>zaleplon</i>	64
ZALTRAP.....	19, 54
ZANOSAR.....	6
ZAVESCA.....	64
ZEJULA.....	21
ZELBORAF.....	23
ZEMPLAR.....	36
<i>zenatane</i>	35
ZENATANE.....	35
<i>zenchent (28)</i>	43
<i>zenchent fe</i>	43
ZENPEP.....	64
ZERIT.....	29
ZIAGEN.....	29
<i>zidovudine</i>	29
<i>zileuton</i>	58
<i>ziprasidone hcl</i>	25, 29
ZIRGAN.....	26
<i>zoledronic acid</i>	36, 54
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	36
ZOLINZA.....	16, 21
<i>zolmitriptan</i>	17
<i>zolpidem</i>	64
ZOMACTON.....	41
<i>zonisamide</i>	12
ZONTIVITY.....	41
ZORTRESS.....	49
ZOSTAVAX (PF).....	50
<i>zovia 1/35e (28)</i>	43
<i>zovia 1/50e (28)</i>	43
ZUBSOLV.....	5, 54
ZYDELIG.....	21
ZYKADIA.....	23
ZYLET.....	57
ZYPREXA RELPREVV.....	25, 29
ZYTIGA.....	18

Este formulario se actualizó el **10/24/2017**. Para obtener más información reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con el Servicio para Miembros de Blue Shield Medicare Basic Plan llamando al (888) 239-6469 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8 a. m. a 8 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de 8 a. m. a 8 p. m. entre semana, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre. O bien, visite blueshieldca.com/med_formulary.

Blue Shield of California es un plan PDP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Es posible que los beneficios, las primas y los copagos o coseguros cambien a partir del 1 de enero de cada año. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Se le enviará un aviso cuando sea necesario.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at (888) 239-6469 [TTY 711], 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week, from October 1 through February 14, and 8 a.m. to 8 p.m., weekdays, from February 15 through September 30.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio para Miembros al (888) 239-6469 [TTY 711] de 8 a. m. a 8 p. m., cualquier día de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de 8 a. m. a 8 p. m. entre semana, desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.

Blue Shield of California complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Shield of California

遵守適用的聯邦民權法律規定，不因 種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

An independent member of the Blue Shield

Association PDP00005-BAS-SP (11/17)