

Resumen de los beneficios de la lista de medicamentos

La información en este documento le ayudará a entender los beneficios de medicamentos con receta que ofrece este plan y le permitirá comparar estos beneficios con los ofrecidos por otros planes.

La información en este resumen también le ayudará a comparar el valor y el alcance de los beneficios de la lista de medicamentos.

Cómo encontrar información sobre el costo de los medicamentos con receta

Este documento y la Lista de Medicamentos le ayudarán a comprender sus opciones. Este documento responderá sus preguntas sobre los siguientes temas:

- 1. Medicamentos cubiertos según la lista de medicamentos de los planes Community Health Choice
- 2 Opciones de medicamentos de menor costo
- 3. Desarrollo de la lista de medicamentos cubiertos
- 4. Apelaciones
- 5. Manejo del tratamiento médico

Community Health Choice ofrece una herramienta basada en internet que permite determinar el costo compartido de los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de Community Health Choice. La información de costo compartido refleja la participación de costos del consumidor. Este costo excluye los requisitos de deducibles. Se calcula mediante el precio más reciente de los medicamentos. Se basa en el monto aprobado como costo real del plan.

Una lista de medicamentos es una lista de medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por su plan. Puede obtener más información sobre sus beneficios de farmacia visitando nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org.

Community Health Choice requiere que sus miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. El Miembro debe pagar el copago del nivel que corresponda más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico si se dispensa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Esto es independientemente de que la receta del médico indique que se debe dispensar el medicamento de marca. Este monto no se aplicará al deducible ni al gasto máximo de bolsillo del miembro. Cuando haya disponible una alternativa genérica equivalente, el Proveedor debe presentar una autorización previa para la necesidad médica de medicamentos de marca.

Puede ver una comparación de los beneficios farmacéuticos para cada plan en nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org.

También puede consultar los documentos de resumen y beneficios, junto con la evidencia de cobertura para nuestros planes, en https://www.communityhealthchoice.org.

Medicamentos según el nivel de costo compartido

Nombre del nivel	
1	5%
2	57 %
3	8%
4	3 %
5	1%
6	0 %
NC	23 %
EXC (excluido)	4 %



Cómo se cubren los medicamentos con receta

La lista de medicamentos de Community Health Choice es cerrada, lo que significa que algunos medicamentos están excluidos o no están cubiertos. La lista de medicamentos es desarrollada y mantenida por un Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T).

El Comité de Farmacia y Terapéutica de Community Health Choice se reúne trimestralmente para evaluar nuevos medicamentos y la nueva información sobre los medicamentos existentes disponibles en el mercado. El Comité consta de médicos con la autorización adecuada. Incluye profesionales médicos empleados por Navitus, el administrador de beneficios de farmacia de Community Health Choice, o que, en la actualidad, ejercen su profesión en la comunidad. La tarea del Comité consiste en evaluar la evidencia científica que equilibra la efectividad y los efectos secundarios de los medicamentos. Las evaluaciones, recomendaciones y aprobaciones del Comité se basan en la información presentada en publicaciones arbitradas por colegas y en las pautas de tratamiento. Estos resultados basados en la literatura pueden provenir del ámbito privado (por ejemplo, compañías farmacéuticas) o público (por ejemplo, asociaciones gubernamentales y/o médicas).

El Comité analiza la utilidad general del medicamento para determinar su asignación en la lista de medicamentos. El comité puede tomar una decisión sobre:

- 1. Agregar/eliminar un medicamento
- 2. Colocación en nivel
- 3. Agregar o eliminar reglas de administración de uso (UM) como la terapia escalonada (ST), los límites de cantidad (QL) y la autorización previa (PA).

También puede optar por excluir un medicamento de la cobertura en la lista de medicamentos. Todos los miembros del comité se rigen por un acuerdo de ausencia de conflictos de intereses que les exige notificar al Comité si hay un interés financiero que pueda afectar sus decisiones.

Derecho de apelar

Si desea presentar una queja o apelación, comuníquese con Community Health Choice Ilamando al 713-295-2294 o al 1-855-315-5386. Si su problema o inquietud no se resuelven mediante una Ilamada a Community, tiene derecho a presentar una apelación por escrito a Community. Envíe la solicitud de apelación y toda la información relacionada de su médico a:

POR CORREO

Community Health Choice, Inc., Para la atención de: Appeals Coordinator 4888 Loop Central Dr. Suite 600, Houston, TX 77081

POR FAX

Community Health Choice, Inc., 713-295-7033 Para la atención de: Appeals Coordinator

Continuidad de la cobertura

Se permitirá a los nuevos miembros no presentar la autorización por única vez si es médicamente necesario de los medicamentos que requieran autorización previa (PA) o los de terapia escalonada (ST). El permiso para no presentar la autorización previa solo tendrá vigencia para un suministro de 30 días mientras el médico que expide la receta solicita la autorización previa. El objetivo del permiso para no presentar la autorización previa por única vez es permitir que el Proveedor presente la solicitud para una autorización previa a Navitus para su revisión.



Medicamentos fuera de prospecto

Si un reclamo es denegado por tratarse de un medicamento experimental o de investigación, usted tiene derecho a solicitar la revisión a una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la disposición Derechos de Apelación, Queja y Revisión Externa en la sección Disposiciones Generales de este contrato.

Exclusiones de los medicamentos con receta. A menos que se estipule expresamente lo contrario, no se proporcionará ningún beneficio por los siguientes artículos:

- 1. Cualquier medicamento recetado para usar con un fin que no siga las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o las indicaciones no específicas reconocidas en la literatura médica arbitrada
- 2. Cualquier fármaco, medicación o medicamento en cuya etiqueta diga: "advertencia: limitado por la ley federal para utilizarse en investigaciones" o que sea "experimental o de investigación".

Costos compartidos

Lo que usted deberá pagar dependerá del tipo de medicamentos que su médico le recete. A cada medicamento se le asigna un nivel. Los distintos niveles tienen diferentes niveles de copago. Las estructuras de niveles se desarrollaron para promover el uso de productos de calidad con la opción de mayor eficiencia de costos para cada miembro. La opción de menor costo no representa un producto de calidad inferior. Es simplemente la mejor opción de costo considerando los productos cubiertos dentro de esa categoría de tratamiento. Puede tener la certeza de que los medicamentos provistos a través de su beneficio de farmacia han sido sometidos a rigurosos procesos antes de obtener la aprobación de la FDA.

El plan Gold 001 no tiene un deducible. El resto de nuestros planes tiene una combinación de deducible para farmacias y médicos. Salvo que el plan permita que un medicamento omita el deducible, el deducible de farmacia debe cumplirse en su totalidad antes de que el plan comience a pagar beneficios.

- Nivel 1 = medicamentos genéricos preferidos y algunos de marca de bajo costo
- Nivel 2 = medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos
- Nivel 3 = medicamentos de marca no preferidos y algunos genéricos no preferidos de alto costo
- Nivel 4 (indicados como SP) = medicamentos especializados
- Nivel 5 (indicados como M) = medicamentos normalmente cubiertos por los beneficios médicos
- Nivel 6 (indicados como \$0) = medicamentos preventivos sin costo compartido El servicio de pedidos por correo le permite recibir un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento.

Este programa es parte de su beneficio de farmacia y es voluntario.

Requisito de elegir primero un medicamento genérico

Community Health Choice requiere que sus miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. El Miembro debe pagar el copago del nivel que corresponda más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico si se dispensa un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible. Esto es independientemente de que la receta médica indique o no que deba dispensarse un medicamento de marca. Este monto no se aplicará al deducible ni al gasto máximo de bolsillo del miembro. Cuando haya disponible una alternativa genérica equivalente, el Proveedor debe presentar una autorización previa para la necesidad médica de medicamentos de marca.



Requisitos de administración de uso

La revisión de la cobertura de medicamentos se utiliza para promover el uso apropiado y rentable de los medicamentos con receta, que permite la cobertura únicamente cuando se cumplen ciertas condiciones. Algunas razones para la precertificación pueden incluir:

- Cumplir las pautas de dosificación
- Evitar terapias duplicadas
- Ayudar a los proveedores de atención médica a verificar criterios médicamente aceptados que ayudan a garantizar una eficacia alta y bajos efectos secundarios

Community Health Choice implementa los criterios de aprobación según el etiquetado, las pautas nacionales y las normas sobre atención actuales aprobados por la FDA.

Autorización previa (PA) clínica: Los criterios de la PA analizan requerimientos tales como pertinencia de las indicaciones, edad, dosis, valores de laboratorio y otras mediciones para ese medicamento con receta específico.

Límites de cantidad (QL): Community Health Choice limita la cantidad y las dosis de determinados medicamentos para que respeten las dosis recomendadas y aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. El límite de cantidad puede incluir límites en la cantidad de dosis por día, la máxima dosis por día sobre la base de la dosificación de la etiqueta del producto y la cantidad a lo largo del tiempo. Esto puede incluir la cantidad de recetas renovadas por mes o por año.

Terapia escalonada (ST): La terapia escalonada promueve el uso apropiado de medicamentos eficaces, pero comenzando con los medicamentos de menor costo. Los medicamentos con requisitos previos están aprobados por la FDA para tratar la misma afección que los equivalentes de terapia escalonada.

Restricción a especialistas (RS): Limita el expendio de recetas de ciertos medicamentos de alto costo o alto riesgo a determinadas personas autorizadas a dar recetas que se especializan en tratar los estados de las enfermedades asociadas.

Algunos procesos de precertificación están automatizados. En caso de contar en nuestro sistema con la información completa para la revisión, la aprobación de la autorización previa puede emitirse en forma automática en la farmacia. Cuando la información que tengamos sobre usted no cumpla con los criterios de aprobación, la farmacia podrá notificar a su médico el rechazo y el requisito de autorización previa (PA), en cuyo caso, su médico puede elegir hacer cambios para obtener la cobertura de un medicamento similar O solicitar la aprobación previa de ese medicamento específico. La terapia escalonada es el requerimiento más común de autorización previa automatizada. Este es el caso en que el sistema de farmacias verifica si un medicamento previamente recetado y adquirido cumple con los requisitos. Las determinaciones de cobertura se enviarán por correo dentro de las 72 horas a partir del momento de la solicitud para el primer nivel de solicitudes de determinación estándar (o dentro de las 24 horas en el caso de solicitudes aceleradas). Si la cobertura se aprueba, se aplicará el correspondiente copago de nivel a ese medicamento específico. Si la cobertura es denegada, todavía podrá adquirir el medicamento recetado, pero deberá pagar el precio completo del medicamento. El administrador de beneficios de farmacia de Community Health Choice (Navitus Health Solutions) realiza nuestras revisiones iniciales de certificación previa de medicamentos.

Community Health Choice se compromete a proporcionar servicios sanitarios accesibles y de alta calidad a una población diversa. Community Health Choice ofrece materiales traducidos y servicios de interpretación para garantizar una comunicación clara y eficaz con todos los miembros, sin consideración de su lengua materna. Community Health Choice forma al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones. Community Health Choice notifica de forma oral y escrita a los consumidores con conocimientos limitados de inglés (LEP) en su idioma preferido informándoles acerca de su derecho a recibir servicios de asistencia lingüística y cómo obtenerlos.

Consejo de búsqueda:

Nombre del medicamento

abacavir solución (equiv. ZIAGEN)

Programa de vacunación

Este documento es extenso, pero puede realizar búsquedas rápidas y sencillas haciendo clic sobre el icono de los binoculares en la barra de herramientas o utilizando la función de búsqueda CTRL+F desde su teclado. Luego aparecerá un casillero de búsqueda para que escriba el nombre del medicamento que quiere localizar. Si no sabe cómo se escribe el nombre de forma correcta, puede comenzar la búsqueda ingresando solo las primeras letras del nombre del medicamento.

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Índice alfabético Última actualización 9/11/2025

Código especial

Nivel

5

Categoría

ANTIVIRALES

abacavii colacion (equiv. 21/10211)			•		7.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1
abacavir comprimidos (equiv. ZIAGEN)		-	2		ANTIVIRALES
abacavir/lamivudina comprimidos (equiv. EPZICOM)		-	2		ANTIVIRALES
abacavir/lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. TRIZ	ZIVIR)	-	5		ANTIVIRALES
ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 720 MG/2.4 ML (aripin	•	-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
inyectable de liberación prolongada en jeringa precargada	•				
ABILIFY ASIMTUFII INYECTABLE 960 MG/3.2 ML (equiv		-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa					
ABILIFY MAINTENA INYECTABLE	, ,	-	4		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ABILIFY MYCITE PAQUETE		-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ABILIFY MYCITE COMPRIMIDOS		-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ABILIFY COMPRIMIDOS		-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
acetato de abiraterona comprimidos 500 mg (equiv. ZYTI	GA)	-	NC		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
1 333 31 1	- ,				ADYUVANTES
abiraterona comprimidos 250 mg (equiv. ZYTIGA)		MSP	2		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
					ADYUVANTES
ABRILADA INYECTABLE			NC		ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida)		QL-VAC	1		VACUNAS
ABSORICA CÁPSULAS		•	NC		DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD CÁPSULAS		-	NC		DERMATOLÓGICOS
ABSTRAL SL COMPRIMIDOS		-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
acamprosato cálcico DR comprimidos (equiv. CAMPRAL)	1	-	NC		PSICOTERAPÉUTICOS Y
30 and 10	,				NEUROLÓGICOS - MISC.
acarbosa comprimidos (equiv. PRECOSE)			2		ANTIDIABÉTICOS
ACCOLATE COMPRIMIDOS		-	NC		ANTI ASMÁTICOS Y
, 10002 112 00 III 1 III 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					BRONCODILATADORES
ACCRUFER CÁPSULAS			NC		AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ACCU-CHEK GUIDE MEDIDOR		OTC	1		DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT		OTC	1		DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS		OTC	3		PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
ACCUPRIL COMPRIMIDOS			NC		ANTIHIPERTENSIVOS
ACCURETIC COMPRIMIDOS		-	NC		ANTIHIPERTENSIVOS
acebutolol cápsulas (equiv. SECTRAL)			2		BETA BLOQUEADORES
ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHIDROCODEÍNA COMP	PRIMIDOS	-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
acetaminofeno/codeína comprimidos (equiv. TYLENOL/C			2		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ACETAMINOFENO/ISOMETEPTENO/DICLORAL CÁPSU		-	NC		PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
acetaminofeno/isometepteno/dicloral cápsulas (equiv. MID			NC		PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
acetazolamida ER (liberación prolongada) cápsulas (equiv		-	3		DIURÉTICOS
SEQUEL)	V. DIJ 1111071		Ü		DIGITATION
acetazolamida comprimidos		-	2		DIURÉTICOS
ácido acético solución ótica (equiv. VOSOL)		-	2		AGENTES ÓTICOS
ÁCIDO ACÉTICO/ACETATO DE ALUMINIO SOLUCIÓN	ÓTICA		2		AGENTES ÓTICOS
ácido acético/hidrocortisona solución ótica (equiv. VOSOL		_	2		AGENTES ÓTICOS
acetilcisteína solución (equiv. MUCOMYST)	• /	-	2		TOS/RESFRÍO/ALERGIA
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS		_	NC		MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
TO THE OF			,,,,		
NC = No cubierto	genérico = letras n	ninúsculas			MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF	Infertilidad		1.1	D	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP		io de farmacia especializada		TC	Distribucion imitada De venta libre
PA Autorización previa QL	Límite de cantidad	·	R	S	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG	Abandono del taba	quismo	S	Т	Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS 10 MG, RABEPRAZOL CÁPSULAS DISPERSABLES 10 MG	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
ACIPHEX COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
acitretina cápsulas (equiv. SORIATANE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ACTEMRA ACTPEN INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTEMRA INYECCIÓN INTRAVENOSA	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTEMRA SC INYECTABLE	_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ACTHAR GEL AUTOINYECTOR	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ACTHAR GEL INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
ACTICLATE COMPRIMIDOS 75 MG, 150 mg	-	NC	TETRACICLINAS
ACTIGALL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ACTIMMUNE INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ACTIQ PASTILLAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ACTIVELLA COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ACTONEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ACTOPLUS MET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ACTOS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA	_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA		4	AGENTES OFTÁLMICOS
aciclovir cápsulas (equiv. ZOVIRAX)	_	2	ANTIVIRALES
aciclovir crema (equiv. ZOVIRAX)	_	NC	DERMATOLÓGICOS
aciclovir pomada (equiv. ZOVIRAX)	<u>-</u>	2	DERMATOLÓGICOS
	-		
aciclovir suspensión (equiv. ZOVIRAX)	-	2	ANTIVIRALES
aciclovir comprimidos (equiv. ZOVIRAX)	•	2	ANTIVIRALES
ACZONE GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ADACEL/BOOSTRIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
ADAGEN INYECTABLE	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
ADALAN CC COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días) ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2	MSP-PA-QL MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)			
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (equiv. YUFLYMA) (QL= iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 1kit/reposición; 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (equiv. HYRIMOZ) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo genéric	co = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilio M Beneficio médico MSP Program	na obligatorio de farmacia e le cantidad	especializad	LD Distribución limitada a OTC De venta libre RS Restricción a especialistas ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento Código especial Nivel Categoría ADALIMUMAB-ADAZ JERINGA PRECARGADA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS MSP-PA-QL 5 ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS 5 ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML (equiv. HULIO) (QL= MSP-PA-QL 5 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS iny./28 días) ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML (QL= 2 MSP-PA-QL 5 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS iny./28 días) ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (QL= 2 MSP-PA-QL 5 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS iny./28 días) ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML (equiv. ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS MSP-PA-QL 5 HULIO) (QL= 2 iny./28 días) ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS **DERMATOLÓGICOS** ADAPALENO SOLUCIÓN NC **DERMATOLÓGICOS** adapaleno crema (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Requiere autorización previa PA 3 para miembros de más de 35 años) adapaleno gel (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - Requiere autorización previa PA 3 **DERMATOLÓGICOS** para miembros de más de 35 años) ADAPALENO LOCIÓN NC **DERMATOLÓGICOS** adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.1-2.5% (equiv. EPIDUO) 3 **DERMATOLÓGICOS** adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.3-2.5% (equiv. EPIDUO FORTE) **DERMATOLÓGICOS** 3 ADAPALENO/PERÓXIDO DE BENZOÍLO TOALLITAS NC **DERMATOLÓGICOS** ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS ADASUVE INHALADOR NC ADAZIN CREMA NC **DERMATOLÓGICOS** ADBRY INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL **DERMATOLÓGICOS** 5 ADBRY INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 **DERMATOLÓGICOS** ADCIRCA COMPRIMIDOS NC AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC. ADDERALL COMPRIMIDOS NC TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ **ANOREXÍGENOS** ADDERALL XR CÁPSULAS NC TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ **ANOREXÍGENOS** adefovir dipivoxilo comprimidos (equiv. HEPSERA) NC **ANTIVIRALES** AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC. ADEMPAS COMPRIMIDOS NC ADLARITY PARCHES NC PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. ADMELOG INYECTABLE, HUMALOG INYECTABLE NC **ANTIDIABÉTICOS** ADMELOG SOLOSTAR, HUMALOG TEMPO PLUMA NC **ANTIDIABÉTICOS** ADRENACLICK INYECTABLE, EPINEFRINA INYECTABLE NC **VASOCOMPRESORES** ADRENALIN SOLUCIÓN NASAL NC AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y **TÓPICOS** ADVAIR INHALADOR DISKUS NC ANTIASMÁTICOS Y **BRONCODILATADORES** ADVAIR HEA INHALADOR 3 ANTIASMÁTICOS Y **BRONCODILATADORES** ADVATE, KOVALTRY INYECTABLE **EXC** AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. NC **ANTIHIPERLIPIDÉMICOS** ADVICOR COMPRIMIDOS ADYNOVATE INYECTABLE EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. ADZENYS ER SUSPENSIÓN NC TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS NC TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ADZENYS XR COMPRIMIDOS, ANFETAMINA ER ODT COMPRIMIDOS **ANOREXÍGENOS AEMCOLO COMPRIMIDOS** NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. **AEROCHAMBER** 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OTC **INSUMOS PARA AEROCHAMBER** 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS AEROSPAN INHALADOR NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
хc	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AFINITOR DISPERZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AFINITOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
AFSTYLA KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
AGAMREE SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
AGRYLIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
AIMOVIG INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AIRDUO INHALADOR DE POLVO C/SENSOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AIRDUO RESPICLICK	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AIRSUPRA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AJOVY INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AKEEGA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AKLIEF CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AKYNZEO CÁPSULAS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ALA-SCALP LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
albendazol comprimidos (equiv. ALBENZA)	-	4	ANTIHELMÍNTICOS
ALBENZA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
albuterol HFA inhalador (equiv. PROAIR, PROVENTIL) (QL= 2 inhaladores/30 días)	QL	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALBUTEROL HFA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol solución para nebulizar	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALBUTEROL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol sulfato jarabe	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol sulfato comprimidos	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
albuterol/ipratropio solución para nebulizar (equiv. DUONEB)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ALCAINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
alclometasona crema (equiv. ACLOVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
ALCLOMETASONA POMADA		3	DERMATOLÓGICOS
alclometasona pomada (equiv. ACLOVATE POMADA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
GASA CON ALCOHOL	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ALCORTIN A GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS 50-50 MG	-	4	DIURÉTICOS
ALDACTONE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
ALDARA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALDURAZYME INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ALECENSA CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
alendronato de sodio solución oral (equiv. FOSAMAX)	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
alendronato comprimidos (equiv. FOSAMAX)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ALENDRONATO COMPRIMIDOS 40 MG	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ALEVICYN SOLUCIÓN DÉRMICA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALFERON-N INYECTABLE	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
alfuzosina SR comprimidos (equiv. UROXATRAL)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ALHEMO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALINIA SUSPENSIÓN (QL= 60 ml/3 días)	PA-QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
ALINIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
aliskiren comprimidos (equiv. TEKTURNA)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ALKERAN INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALKERAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros a partir de los 9 años)	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros a partir de los 9 años)	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
ALLEGRA ODT	OTC	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
alopurinol comprimidos (equiv. ZYLOPRIM)	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
alopurinol comprimidos 200 mg	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ALLZITAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
almotriptán comprimidos (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ALOCRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS, NESINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS, KAZANO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA/PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS, OSENI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA-METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOGLIPTINA-PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALOQUIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALORA PARCHE	-	4	ESTRÓGENOS
alosetrón comprimidos (equiv. LOTRONEX)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ALPHAGAN P SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.15%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHANATE, HUMATE-P INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALPHANINE SD INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
alprazolam ER comprimidos (equiv. XANAX XR)	-	3	AGENTES ANTIANSIEDAD
alprazolam ODT (equiv. NIRAVAM)	-	4	AGENTES ANTIANSIEDAD
alprazolam comprimidos (equiv. XANAX)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
	enérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Inf	fertilidad		LD Distribución limitada

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
	NC/3P = No cubierto, revisor externo		_			
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ALPROLIX INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.2%	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ALSUMA INYECTABLE, ZEMBRACE SYMTOUCH INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ALTABAX POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALTACE CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ALTOPREV COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ALTRENO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ALTUVIIIO INYECTABLE	_	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ALUNBRIG PAK	_		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
			ADYUVANTES
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 MG, 180 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662 6633)	LD-PA-QL-SF -	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ALVAIZ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ALVESCO INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
alvimopan cápsulas (equiv. ENTEREG)	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ALYFTREK COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ALYFTREK COMPRIMIDOS 4-20-50 MG	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ALZAIR SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y
			TÓPICOS
amantadina cápsulas (equiv. SYMMETREL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
amantadina solución (equiv. AMANTADINA)	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
amantadina jarabe (equiv. SYMMETREL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
amantadina comprimidos	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
AMARYL COMPRIMIDOS	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
AMBIEN CR COMPRIMIDOS	_	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DE
			SUEÑO
AMBIEN COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DE SUEÑO
ambrisentán comprimidos (equiv. LETAIRIS) (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553)	LD-PA-QL	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AMCINONIDA CREMA 0.1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
AMCINONIDA LOCIÓN	-	4	DERMATOLÓGICOS
AMCINONIDA POMADA		NC	DERMATOLÓGICOS
AMERGE COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
amethyst comprimidos (equiv. LYBREL)	_	1	ANTICONCEPTIVOS
AMICAR SOLUCIÓN		NC	HEMOSTÁTICOS
AMICAR COMPRIMIDOS	-	NC	HEMOSTÁTICOS
	-		
amilorida comprimidos (equiv. MIDAMOR)	-	2	DIURÉTICOS
AMILORIDA/HCTZ COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
amilorida/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MODURETIC)	-	NC	DIURÉTICOS
ácido aminocaproico solución (equiv. AMICAR)	-	3	HEMOSTÁTICOS
ácido aminocaproico comprimidos (equiv. AMICAR)	-	3	HEMOSTÁTICOS
amiodarona comprimidos (equiv. CORDARONE)	-	2	ANTIARRÍTMICOS
AMITIZA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
	o = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilid	ad		LD Distribución limitada
	na obligatorio de farmacia e	especializada	
PA Autorización previa QL Límite d	le cantidad		RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses SMKG Abando	•		ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AMJEVITA AUTOINYECTOR (adalimumab-atto)		NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
AMJEVITA INYECTABLE (adalimumab-atto)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
amlodipina comprimidos (equiv. NORVASC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
amlodipino/atorvastatina comprimidos (equiv. CADUET)	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
mlodipino/benazepril cápsulas (equiv. LOTREL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
mlodipino/olmesartán comprimidos (equiv. AZOR comprimidos)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
mlodipino/valsartán comprimidos (equiv. EXFORGE)	•	3	ANTIHIPERTENSIVOS
amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. EXFORGE HC	T) -	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
actato de amonio crema (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
actato de amonio loción (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
imnesteem cápsulas, claravis cápsulas, isotretinoína cápsulas, myorisan iápsulas, zenatane cápsulas (equiv. ACCUTANE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
imoxapina comprimidos (equiv. AMOXAPINA)		2	ANTIDEPRESIVOS
. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-	2	
moxicilina cápsulas (equiv. TRIMOX) MOXICILINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	•		PENICILINAS DENICILINAS
	-		PENICILINAS
moxicilina suspensión (equiv. TRIMOX)	•	2	PENICILINAS
moxicilina comprimidos (equiv. AMOXIL)	-		PENICILINAS
MOXICILINA/CLAVULANATO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	3	PENICILINAS
MOXICILINA/CLAVULANATO ER COMPRIMIDOS	-		PENICILINAS
moxicilina/clavulanato suspensión (equiv. AUGMENTIN ES)	-	2	PENICILINAS
moxicilina/clavulanato comprimidos (equiv. AUGMENTIN)	-		PENICILINAS
nfetamina comprimidos (equiv. EVEKEO)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
nfetamina/dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. ADDERALL XR)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
nfetamina/dextroanfetamina comprimidos (equiv. ADDERALL)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
infetamina-dextroanfetamina cápsula de liberación prolongada de 3 parte: loras 12.5 mg (equiv. MYDAYIS)	s 24 -	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsula de liberación prolongada de 3 parte: noras 25mg (equiv. MYDAYIS)	s 24 -	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsula de liberación prolongada de 3 partes noras 37.5mg (equiv. MYDAYIS)	s 24 -	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
anfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 parte noras 50mg (equiv. MYDAYIS)	es 24 -	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDA ANOREXÍGENOS
ANFOTERICINA B SOLUCIÓN IV	-	NC	ANTIFÚNGICOS
mpicilina cápsulas (equiv. AMPICILINA)	-	2	PENICILINAS
MPYRA COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MRIX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
MZEEQ ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NADROL COMPRIMIDOS	-		ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
NAFRANIL CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
nagrelida cápsulas (equiv. AGRYLIN)		2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NALPRAM-E KIT	_	4	AGENTES ANORRECTALES
NALPRAM-HC CREMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
NAPROX COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NASPAZ ODT	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
NNASTA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
	enérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Int	fertilidad		LD Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Pr	ograma obligatorio de farmacia	especializada	OTC De venta libre
PA Autorización previa QL Lín SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 SMKG Ab	mite de cantidad pandono del tabaquismo	-	RS Restricción a especialistas ST Terapia escalonada
meses	OFNITO		
AC Programa de vacunación ¢ Rx	CENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

Capacid of medicamenting genetics) ANDIONATION ANCORDIN CAPSULAS N. C. ANTI-URIGICOS ANDEMBRY INVECTABLE N. C. ANTI-URIGICOS ANDEMBRY INVECTABLE N. C. ANDIONATION ANDROGEL 1 % 29 MG N. C. ANDROGEL 1 % 50 MG ANDROGEL 1 % 50 MG TESTIM GEL 1 % N. C. ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 % 50 MG TESTIM GEL 1 % N. C. ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 % % 2.5 GM N. C. ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 % % 2.5 GM N. C. ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 & MG N. C. ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 & MG ANDROGEL 1 & MG ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 & MG ANDROGENG-ANABOLICOS ANDROGEL 1 & ANDROGENG-ANABOLICOS ANDR	anastrozol comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 de copago solo para miemb femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con u		1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ANCÓBON CÁPSULAS ANDEMBRY INVECTABLE - NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. ANDROGEL 1 % 25 MG ANDROGEL 1 % 25 MG - NC ANDROGENOS-ANABÓLICOS ANDROGEL 1 & 50 MG ANDRO		"		ADTOVANTES
ANDROGEL 1 % 25 MG ANDROGEL 1.8 % Dmg, TESTIM GEL 1 % ANDROGEL 1.8 % 1.26 GM ANDROGEL 1.8 % 1.25 GM ANDROGEL 1.8 % 2.5 GM ANDROGEL 1.8 M C ANDROGENOS-ANABÓLICOS ANABOLICOS ANDROGEL 1.8 M C ANDROGENOS-ANABÓLICOS ANGRIGU COMPRIMIDOS ANGELI COMPRIMIDOS ANOCERA ANULLO (QL = 1 amilio/año) QL ANTICANCEPTIVOS ANORO ELLIPTA INHALADOR ANOVERA ANULLO (QL = 1 amilio/año) ANORO ELLIPTA INHALADOR ANTIASMATICOS Y BRONCODILATADORES ANTARA CAPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS ANTARA CAPSULAS, LOFIBRA CAPSULAS ANTARA CAPSULAS, LOFIBRA CAPSULAS ANTARA CAPSULAS, LOFIBRA CAPSULAS ANTIVERT COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANAUEMEN COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANAUEMEN COMPRIMIDOS (QL 9 comprimidos/reposición) QL ANTIVERT COMPRIMIDOS (QL 9 comprimidos/reposición) QL ANTIVERT COMPRIMIDOS (QL 9 comprimidos/reposición) QL ANAUEMEN COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS AP		-	NC	ANTIFÚNGICOS
ANDROGEL 1 % 50 mg. TESTIM GEL 1 % ANDROGEL 1.82 % 1.28 GM - NC ANDROGENOS-ANABÓLICOS ANDROGEL 1.82 % 2.5 GM - NC ESTROGENOS ANABÓLICOS ANDROGEL 1.82 % 2.5 GM - NC ESTROGENOS ANABÓLICOS ANDROGEL 1.82 % 2.5 GM - NC ESTROGENOS ANABÓLICOS ANDROGEL 1.92 % 1.02	ANDEMBRY INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ANDROGEL 1.82 % 1.25 GM ANDROGEL 1.82 % 2.5 GM ANDROGEL 1.82 % 2.5 GM ANDROGEL SOMBA 1.62 % ANDROGER SOMBA 1.6	ANDROGEL 1 % 25 MG	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL 1.22 % 2.6 GM ANDROGEL 60MBA 1.62 % ANDROGEL 60MBA 1.62 % ANDROGEL 60MPRIMIDOS - NC STROGENOS ANNOVERA ANILLO (CLE 1 aniilo/año) OL 1 ANTICONCEPTIVOS	ANDROGEL 1 % 50 mg, TESTIM GEL 1 %	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANDROGEL BOMBA 1.82 % ANGELIO COMPRIMIDOS ANOVERA ANILLO (QL= 1 anillo/ano) ANICOMPRIMIDOS ANILLO (QL= 1 anillo/ano) ANICOMPRIMIDOS ANILLO (QL= 1 anillo/ano) APENZICO (QL= 1 anillo/ano) APENZICO (QL= 1 anillo (QL= 1 anillo/ano) APENZICO (QL= 1 anillo (QL= 1 an	ANDROGEL 1.62 % 1.25 GM	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANGELIO COMPRIMIDOS ANORO ELLIPTA INHALADOR ANNOVERA ANILLO (QLE 1 anillo/año) ANORO ELLIPTA INHALADOR ANTABUSE COMPRIMIDOS ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS ANTARA CÁPSULAS, ENOFIBRA CÁPSULAS ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS ANTIMIPERLIPIDÉMICOS ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS ANTIMIPER COMPRIMIDOS, MECLZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLZINA COMPRIMIDOS ANUSOL-HO CREMA ANUSOL-HO CREMA ANUSOL-HO SUPOSITORIOS ANUSOL-HO SUPOSITORIOS ANZUPGO CREMA ANZUP	ANDROGEL 1.62 % 2.5 GM	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANNOVERA ANILLO (QL = 1 amillo/año) ANOVERA ANILLO (QL = 1 amillo/año) ANOVERA ANILLO (QL = 1 amillo/año) ANOVERA ANILLO (QL = 1 amillo/año) - NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES ANTABUSE COMPRIMIDOS - NC AGENTES NEUROLOGICOS - MISC. ANTARA CÁPSULAS, ENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ANTIHEMÉTICOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC ANTIHEMÉTICOS ANZUPGO CREMA - NC DERMATOLÓGICOS ANZUPGO CREMA - NC ANTIHEMÉTICOS ANALGÉSICOS - OPIOIDES APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS APENICON E CREMA (equiv. PORCON E) - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIDIABETICOS APIDRA SOLOST	ANDROGEL BOMBA 1.62 %	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
ANORO ELLIPTA INHALADOR ANTABUSE COMPRIMIDOS	ANGELIQ COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
ANTABUSE COMPRIMIDOS ANTARA CÁPSULAS, ENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS ANUSOL-HC GREMA ANUSOL-HC GREMA ANUSOL-HC SUPOSTORIOS ANUSOL-HC SUPOSTORIOS ANUSOL-HC SUPOSTORIOS ANUSURE COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) QL 4 ANTIEMÈTICOS ANZUPGO CREMA APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ CO	ANNOVERA ANILLO (QL= 1 anillo/año)	QL	1	ANTICONCEPTIVOS
ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÓPSULAS ANTIVERT COMPRIMIDOS ANUSOL-HC SUPOSITORIOS APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS APERION COMPRIMIDOS APIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA BAPOKYN INYECTABLE BAPOK	ANORO ELLIPTA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS antipiniar/benzocaina solución ótica (equiv. AURALGAN) antipiniar/benzocaina solución anusol-HC SUPOSITORIOS Anusol-HC	ANTABUSE COMPRIMIDOS	-	NC	
antipirina/benzocaína solución ótica (equiv. AURALGAN) ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS - NC ANTIEMÉTICOS ANUSOL-HC CREMA ANUSOL-HC CREMA ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) QL 4 ANTIEMÉTICOS ANZUPGO CREMA - NC DERMATOLÓGICOS APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES APAPI/CODEÍNA SOLUCIÓN - NC DERMATOLÓGICOS - APADIZ COMPRIMIDOS - NC DERMATOLÓGICOS - APENIZON E CREMA (equiv. PSORCON E) - NC DERMATOLÓGICOS - APIDRA SOLUCIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS - APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS - APIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICOS - APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ANTIMEMÉTICOS - APRIBLOCÁS OTÉMET O TRANCIONIDIA - ANTIMEMÉTICOS - APRIBLOCÁS OTÉMET O TRANCIONIDIA -	ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDÓS ANUSOL-HC CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) QL 4 ANTIEMÉTICOS ANZUPGO CREMA - NC DERMATOLÓGICOS APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES APADAZ COMPRIMIDOS - NC DERMATOLÓGICOS APAPI/CODEÍNA SOLUCIÓN - NC DERMATOLÓGICOS APAPI/CODEÍNA SOLUCIÓN - NC DERMATOLÓGICOS APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) - NC DERMATOLÓGICOS APIDRA INSPECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA INSPECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APOKYN INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APOMORÍNA INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS APICADIA (equiv. EMEND) (CL= 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS APICADIA (EQUIV. EMEND) (CL= 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny Jaño) PA-QL 1 ANTIVIRALES APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny Jaño) PA-QL 1 ANTIVIRALES APRICO CÁPSULAS APITIVUS SOLUCIÓN APITIVAS SE RESPIRATORIOS MISC. APITIVUS SOLUCIÓN APITIVAS SOLUCIÓN APITIVAS SE RESPIRATORIOS MISC. APITIVAS SOLUCIÓN COMERNIMOS APITIVAS CAPSULAS APITIVOS CAPSULAS APITIV	ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ANUSOL-HC CREMA ANUSOL-HC SUPOSITORIOS - NC AGENTES ANORRECTALES ANZUPGO CREMA - NC DERMATOLÓGICOS APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPICIDES APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPICIDES APAPI/CODEÍNA SOLUCIÓN - NC DERMATOLÓGICOS APEDIA INYECTABLE - NC DERMATOLÓGICOS APIDRA INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ARENTEN DES SOLUCIÓN - ANTIVIRALES - APRILODE SUSPENSIÓN (QL= 3 cápsulas/reposición) - QL 3 ANTIEMÉTICOS - APRETUDES SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) - PA-QL 1 ANTIVIRALES - APRILODE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) - PA-QL 1 ANTIVIRALES - APRILODE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) - PA-QL 1 ANTIVIRALES - APRILODE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) - PA-QL 1 ANTIVIRALES - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC APRILODE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC APRILODE SOLUCIÓN - ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - APTIVUS SÓLUCIÓN - ANTIVIRALES - APTIVUS SÓLUCIÓN - ANTIVIRALES - APTIVUS CÁPSULAS - ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - ARALASTIPROLASTINIZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC ARALASTIPROLASTINIZEMAIRA INYE	antipirina/benzocaína solución ótica (equiv. AURALGAN)	-	NC	AGENTES ÓTICOS
ANUSOL-HC SUPOSITORIOS ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) QL 4 ANTIEMÉTICOS ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) ANZUPGO CREMA ANZUPGO CREMA APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS APAP/CODEINA SOLUCIÓN BAPAP/CODEINA SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN SOLUCIÓN OFFIAMICOS BAPOKYN INYECTABLE BAPAP/CODEINA SOLUCIÓN OFFIAMICOS BAPOMORÍNA INYECTABLE BAPAP/CODEINA SOLUCIÓN OFFIAMICOS BAPOMORÍNA SOLUCIÓN BAPOMORÍNA SOLUCIÓN BAPOMORÍNIDOS BA	ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición) ANZUPGO CREMA ANZUPGO CREMA ANZUPGO CREMA ANZUPGO CREMA ANALORIOS ANZUPGO CREMA APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS APADAZ COMPRIMIDOS APAPÍCODEÍNA SOLUCIÓN APADAZ COMPRIMIDOS APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APIDRA INYECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE BOLOSTAR INTERPRISIONS Y TERAPIA RELACIONADA BOLOSTAR INTERPRISIONS Y AGENTES OFTÁLMICOS BOLOSTAR INTERPRISIONS Y AGENTES NEUROLÓGICOS A BOLOSTAR INTERPRISIONS A BOLOSTAR INT	ANUSOL-HC CREMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
ANZUPGO CREMA APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES APADAZ COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN - 3 ANALGÉSICOS - OPIOIDES APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) - NC DERMATOLÓGICOS APIDRA INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA INYECTABLE - NC ANTIDIABÉTICOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE - NC ANTIDEPRESIVOS APIDRA INYECTABLE - NC ANTIDEPRESIVOS APICALINA (Equiv. APOKYN) - NC ANTIDEPRESIVOS APOKYN INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS apracionidina solución offálmica (equiv. IOPIDINE) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS aprapitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL = 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS APRETUDE SUSPENSIÓN (QL = 7 iny./año) - PA-QL 1 ANTIVIRALES APRIZO CÁPSULAS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. APRIZO CÁPSULAS - NC ANTIVIRALES APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - MISC APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - MISC APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - MISC APRIZO SAPRETUDE SUSPENSIÓN - NC ANTIVIRALES - MISC APRIZO CAPSULAS - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - NC ANTIVIRALES - N	ANUSOL-HC SUPOSITORIOS	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
APADAZ COMPRIMIDOS APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APIDRA INYECTABLE APIDRA INYECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APICADA SOLOSTAR INYECTABLE APICON COMPRIMIDOS APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APICON COMPRIMICOS AND APIDRA SOLOSTAR INTESTINACION AND APICON CEPTIVOS APIDRA CANTINIZEMAIRA INYECTABLE APICON CANTINIZEMAIRA INYECTABLE APICON APIDRA SOLOSTAR INTESTINOS ANISC. APARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE APARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE APICON COMPRIMICOS APACLASTIPORA SOLOSTAR INTESTINOS ANISC. APARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE APICON COMPRIMICOS APACLASTIPORA SOLOSTAR INTESTINOS ANISC. APARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE APICON CANTINA INTESTINACION ANICON ANICON ANICON ANICON ANICON ANICON AN	ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APIDRA INYECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APLENZIN COMPRIMIDOS APLENZIN COMPRIMIDOS APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE BERRA (equiv. APOKYN) BERRA (Equiv. APOKYN) CANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA APRICION SOLUCIÓN OFTÁLMICA APRICION SOLUCIÓN OFTÁLMICA APRICION SOLUCIÓN OFTÁLMICA APRICION SOLUCIÓN APRICID SUSPENSIÓN (QL= 3 cápsulas/reposición) APRICID SUSPENSIÓN (QL= 3 cápsulas/reposición) APRICID SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRICID SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRICID PAK KIT APRICID SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRICID PAK KIT APRICID PAK KIT APRICID PAK KIT APRICID SUSPENSIÓN APRICION NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. APRICION NC ANTIVIRALES APRICION SOLUCIÓN APRICIPAR A RUSPENSIÓN CARACODA COMPRIMIDOS ARALOS PER SEPIRATORIOS - MISC. ARAKODA COMPRIMIDOS ARALOS COMPRIMIDOS ARALOS (EQUIV. TRI-NORINYL) BERRA NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. ARALOS ACOMPRIMIDOS ARALOS (EQUIV. TRI-NORINYL) BERRA NCC ANTIVICONCEPTIVOS	ANZUPGO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E) APIDRA INVECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APLENZIN COMPRIMIDOS APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE BELACIONADA APOKYN INYECTABLE APOKYN INYECTABLE BELACIONADA ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA APOKYN INYECTABLE BELACIONADA APOKYN INYECTABLE BELACIONADA APOKYN INYECTABLE BELACIONADA APOKYN INYECTABLE BELACIONADA ARGENTES OFTÁLMICOS ANTIEMÉTICOS ANTIEMÉTICOS ANTIEMÉTICOS ANTIEMÉTICOS ANTIEMÉTICOS APTION COMPRIMIDOS BELACIONADA ANTIVIRALES APOKYN INYECTABLE BELACIONADA ARGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. ARAKODA COMPRIMIDOS ARALASTIVIZEMAIRA INYECTABLE BELACIONADA BELACIONADA ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIVIDA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARELACIONADA ARELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BELACIONADA ARTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA BE	APADAZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
APIDRA INYECTABLE APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE	APAP/CODEÍNA SOLUCIÓN	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE APLENZIN COMPRIMIDOS APOKYN INYECTABLE BODING ANTIDERESIVOS ARGENTES OFTÁLMICOS ANTIDERES OFTÁLMICOS ANTIDERESITATIONOS ANTIDERESITATIONOS ANTIDERESITATIONOS ANTIDERESITATIO	APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APLENZIN COMPRIMIDOS APOKYN INYECTABLE	APIDRA INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
APOKYN INYECTABLE apomorfina inyectable (equiv. APOKYN) apomorfina inyectable (equiv. APOKYN)	APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
apomorfina inyectable (equiv. APOKYN)	APLENZIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA apraclonidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE) aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APRIJO COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN APRIVOS CÁPSULAS ANTIVIRALES APRIVOS CÁPSULAS ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ARRICOS ANTIVIRALES ARRICOS ANTIVIRALES ARRICOS ARRALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE ANC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	APOKYN INYECTABLE	-	NC	
apracionidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE) aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) Aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN ARANODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE ANC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. ARANODA COMPRIMICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE ANTICONCEPTIVOS	apomorfina inyectable (equiv. APOKYN)	-	NC	
aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRISO CÁPSULAS APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÓPSULAS ANTIVIRALES ANTIVIRALES ARACODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. ANTICONCEPTIVOS	APRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición) QL 3 ANTIEMÉTICOS APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) PA-QL 1 ANTIVIRALES APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT - NC APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN - NC ANTIVIRALES APRIZIO PARA SUSPENSIÓN - NC ANTIVIRALES APRIZIOS NC ANTIVIRALES APRIZIO PARA SUSPENSIÓN - NC ANTIVIRALES APRIZIO PARA SUSPENSIÓN - NC ANTIVIRALES ARAKODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	apraclonidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL = 3 cápsulas/reposición) APRETUDE SUSPENSIÓN (QL = 7 iny./año) APRISO CÁPSULAS APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN APTIVUS SOLUCIÓN ARANODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) ANTICONCEPTIVOS ANTICONCEPTIVOS ANTICONCEPTIVOS ANTICONCEPTIVOS	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	QL	3	
APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año) APRISO CÁPSULAS APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN ARAKODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) A NO ANTIVIRALES AND ANTIVIRALES AND ANTIVIRALES AND ANTIVIRALES AND ANTIMALÁRICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE AND ANTIMALÁRICOS ARANICONCEPTIVOS		QL	3	ANTIEMÉTICOS
APRISO CÁPSULAS APRIZIO PAK KIT APRIZIO PAK KIT APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN ARAKODA COMPRIMIDOS ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE ANC AGENTES GASTROINTESTINALES - MIC ANTICONCEPTIVOS		PA-QL	1	ANTIVIRALES
APTIOM COMPRIMIDOS APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN APTIVUS SOLUCIÓN AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - NC ANTIVIRALES NC ANTIVIRALES ANTIVIRALES NC ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIMALÁRICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE ANTICONCEPTIVOS		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - NC ANTIVIRALES NC ANTIVIRALES ANTIVIRALES ANTIVIRALES NC ANTIVIRALES ANTI	APRIZIO PAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
APTIVUS CÁPSULAS APTIVUS SOLUCIÓN AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN ARAKODA COMPRIMIDOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - NC ANTIVIRALES NC ANTIVIRALES ANTIVIR	APTIOM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN - NC PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. ARAKODA COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	APTIVUS CÁPSULAS	-	NC	
AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. ARAKODA COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	APTIVUS SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
ARAKODA COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN	-	NC	
ARALAST/PROLASTIN/ZEMAIRA INYECTABLE - NC AGENTES RESPIRATORIOS - MISC. aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS	ARAKODA COMPRIMIDOS	-	NC	
aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL) - 1 ANTICONCEPTIVOS		-		
	aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL)	-		
		-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	1			

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ARAVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ARAZLO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ARBLI SUSPENSIÓN DE (QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA-QL	4	ANTIHIPERTENSIVOS
ARCALYST INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ARCAPTA NEOHALER	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1	VACUNAS
arformoterol tartrato solución para nebulizar (equiv. BROVANA)	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ARICEPT COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ARICEPT COMPRIMIDOS 23 MG	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ARIKAYCE SUSPENSIÓN (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046)	LD-PA-QL	5	AMINOGLUCÓSIDOS
ARIMIDEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
aripiprazol ODT (equiv. ABILIFY)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
aripiprazol solución (equiv. ABILIFY)	PA	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
aripiprazol comprimidos (equiv. ABILIFY)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ARISTADA INYECTABLE	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ARIXTRA INYECTABLE	-	NC	ANTICOAGULANTES
armodafinilo comprimidos (equiv. NUVIGIL) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 113 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 232 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 55 MCG/ACT	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ARMOUR THYROID COMPRIMIDOS, NATURE THROID COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES TIROIDEOS
ARNUITY ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
AROMASIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ARTHROTEC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ASACOL HD COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ASACOL HD COMPRIMIDOS, MESALAMINA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
asenapina maleato comprimido sublingual (equiv. SAPHRIS) (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ASMANEX HFA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ASMANEX INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
aspirina comprimidos masticables 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos [sin restricción de edad])	ОТС	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
ASPIRINA EC COMPRIMIDOS 325 MG	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
aspirina ec comprimidos 81 mg (Cubierto para miembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos de 55 a 79 años)	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
aspirina comprimidos 325 mg (Cubierto para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años)	OTC	1	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
aspirina/codeína comprimidos	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
aspirina/dipiridamol cápsulas (equiv. AGGRENOX)	-	3	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ASPIRINA/OMEPRAZOL ER COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ASPRUZYO GRÁNULOS DISPERSABLES	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
ASTAGRAF XL CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ASTAMED MYO CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ATACAND HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ATACAND COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
atazanavir cápsulas (equiv. REYATAZ)	-	3	ANTIVIRALES
ATELVIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
atenolol comprimidos (equiv. TENORMIN)	-	2	BETA BLOQUEADORES
atenolol/clortalidona comprimidos (equiv. TENORETIC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
ATIVAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
atomoxetina cápsulas (equiv. STRATTERA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
ATORVALIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa par 9 años en adelante)	ra miembros de PA	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
atorvastatina comprimidos (equiv. LIPITOR)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
atovacuona suspensión (equiv. MEPRON)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
atovacuona/proguanil comprimidos (equiv. MALARONE)	-	2	ANTIMALÁRICOS
ATRALIN GEL, RETIN-A GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ATRIPLA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ATRIX KIT DEL SISTEMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
atropina inyectable	M	6	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
atropina pomada oftálmica	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
atropina solución oftálmica (equiv. ISOPTO ATROPINA)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SULF. INYECTABLE	М	6	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉ RGICOS
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1%	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINA SULFATO INYECTABLE	M	6	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ATROPINA SULFATO POMADA OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROVENT HFA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ATTRUBY PAK	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AUBAGIO COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUGMENTIN ES-600 SUSPENSIÓN	-	NC	PENICILINAS
AUGMENTIN SUSPENSIÓN	-	4	PENICILINAS
AUGMENTIN COMPRIMIDOS	-	NC	PENICILINAS
AUGTYRO CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día; únicamente dispor Biologics	nible a través de LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)		_	ADYUVANTES
AUGTYRO CÁPSULAS160 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicament través de Biologics	e disponible a LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
800-850-4306 u Onco360 877-662-6633) AURANOFIN CÁPSULAS		NC	ADYUVANTES ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
AURYXIA COMPRIMIDOS		4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	<u> </u>	-	AGENTEG GAGTROINTEG HIVALES - IVIIGO.
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico DA Autorización provio	INF Infertilidad MSP Programa obligatorio de farmacia	especializa	LD Distribución limitada da OTC De venta libre

NC/3P = No cubierto, revisor externo

EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada

M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada Autorización previa

SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses SMKG Abandono del tabaquismo

VAC Programa de vacunación

VAC Programa de vacunación

VAC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada

VAC Programa obligatorio de farmacia especializada COTC De venta libre

RS Restricción a especialistas

ST Terapia escalonada

Última actualización 9/11/2025

	Oitima a	ictualizacion 9/11		
Nombre del medicamento		<u>Código e</u>	<u>special Nive</u>	<u>l</u> Categoría
AUSTEDO COMPRIMIDOS		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/o	día)	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR KIT DE COMPRIMIDOS DE DOSIS A 1 paquete/28 días)	JUSTADAS (QL=	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUSTEDO XR PAQUETE DE DOSIS AJUSTADAS (días)	QL= 1 paquete/28	MSP-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AUVELITY COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
AUVI-Q INYECTABLE		-	NC	VASOCOMPRESORES
AVALIDE COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
avanafil comprimidos (equiv. STENDRA)		-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
AVAPRO COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
AVAR AEROSOL ESPUMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
AVAR GEL		_	NC	DERMATOLÓGICOS
AVAR TOALLITAS		_	NC	DERMATOLÓGICOS
AVAR-E LS CREMA 10-2%		_	NC	DERMATOLÓGICOS
AVELOX COMPRIMIDOS		-	NC NC	FLUOROQUINOLONES
AVERI COMPRIMIDOS		-	1	ANTICONCEPTIVOS
		-	-	
aviane comprimidos (equiv. ALESSE)		-	1	ANTICONCEPTIVOS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK		-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AVODART CÁPSULAS		-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
AVONEX INYECTABLE		MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
AXERT COMPRIMIDOS		-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
AXID CÁPSULAS		-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
AYGESTIN COMPRIMIDOS		-	NC	PROGESTINAS
AYVAKIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; ú disponible a través de Biologics 800-850-4306)	nicamente	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AZASITE SOLUCIÓN		-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
azatioprina comprimidos (equiv. IMURAN)		_	2	CLASES SURTIDAS
azatioprina comprimidos 100 mg (equiv. AZASAN)		-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
azatioprina comprimidos 75mg (equiv. AZASAN)		_	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ácido azelaico gel (equiv. FINACEA)		_	NC	DERMATOLÓGICOS
azelastina spray nasal 0.1 % (equiv. ASTELIN)		_	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
azelastina spray nasal 0.15 % (equiv. ASTEPRO)		<u>-</u>	3	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
azelastina solución oftálmica (equiv. OPTIVAR)		-	2	AGENTES NASALES - SISTEMICOS 1 TOFICOS AGENTES OFTÁLMICOS
` '		-		
azelastina/fluticasona spray nasal (equiv. DYMISTA)		-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS DERMATOLÓGICOS
AZELEX CREMA		-	NC	
AZENASE PAK		-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
AZESCHEW COMPRIMIDOS 13-1 MG		-	4	MULTIVITAMÍNICOS
AZESCO COMPRIMIDOS		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
AZILECT COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
azitromicina suspensión (equiv. ZITHROMAX) azitromicina comprimidos (equiv. ZITHROMAX)		-	2	MACRÓLIDOS MACRÓLIDOS
NC = No cubierto	genérico = l	etras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIT		LD	Diatribusión limitada
	INF Infertilidad MSP Programa ob especializada	oligatorio de farmacia a	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
	QL Límite de car	ntidad	RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono de	el tabaquismo	ST	Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

VAC

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA		NC	AGENTES OFTÁLMICOS
AZSTARYS CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
AZULFIDINA EN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
AZULFIDINA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BACITRACINA POMADA OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/neomicina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. NEOSPORIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. POLYSPORIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracina/polimixina/neomicina/hidrocortisona pomada oftálmica (equiv.	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CORTISPORIN)			
BACLOFENO KIT COMPUESTO EN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
baclofeno solución oral 10 MG/5 ML (equiv. BACLOFENO) (Se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACLOFENO SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	a PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno solución oral 5 mg/5 ml (Se requiere autorización previa para miembros mayores de 9 años)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACLOFENO SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES DE TERAPIA
BACLOFENO SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros	s PA	4	MUSCULOESQUELÉTICA AGENTES DE TERAPIA
de 9 años en adelante)			MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno suspensión (equiv. BACLOFEN)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno comprimidos (equiv. BACLOFENO)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
baclofeno comprimidos 15 mg	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
BACTRIM DS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
BACTROBAN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BAFIERTAM CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BALCOLTRA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
balsalazida cápsulas (equiv. COLAZAL)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BANZEL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BANZEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BAQSIMI POLVO NASAL (QL= 2 inhalaciones/reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
BARACLUDE SOLUCIÓN	•	NC	ANTIVIRALES
BARACLUDE COMPRIMIDOS		NC	ANTIVIRALES
BASAGLAR KWIKPEN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
BAXDELA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; restringido para	QL-RS	3	FLUOROQUINOLONES
especialistas en enfermedad infecciosa)			
BCG INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
JERINGA DE INSULINA B-D	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
AGUJA PARA PLUMA B-D	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
b-donna comprimidos (equiv. DONNATAL)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BECONASE AQ SPRAY NASAL (QL= 2 botellas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o	QL-ST	4	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
mometasona) BELBUCA PELÍCULA	_	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BELLADONNA SUPOSITORIOS DE ALCALOIDE/OPIO	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
NC = No cubierto gené	érico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	tilidad		ID Distribución limitado
M Beneficio médico MSP Prog PA Autorización previa QL Límit	tilidad grama obligatorio de farmacia te de cantidad	especializad	RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses SMKG Abar	ndono del tabaquismo		ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	Categoría
BELSOMRA COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS
benazepril comprimidos (equiv. LOTENSIN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
benazepril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOTENSIN HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
BENEFIX INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
BENICAR HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
BENICAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
BENLYSTA AUTOINYECTOR (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
BENLYSTA INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
BENTIVITE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BENTYL CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BENTYL JARABE	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
BENZAC WASH	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZACLIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZAMYCIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZAMYCIN GEL PACK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BENZNIDAZOL COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermedades	RS	3	ANTIHELMÍNTICOS
infecciosas)			
BENZOCAÍNA/LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
benzonatato cápsulas (equiv. TESSALON)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
benzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PERÓXIDO DE BENZOÍLO CREMA	OTC	NC	DERMATOLÓGICOS
PERÓXIDO DE BENZOÍLO/HIDROCORTISONA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
peróxido de benzoílo/hidrocortisona loción (equiv. VANOXIDE-HC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
benzfetamina comprimidos	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
benztropina comprimidos		2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
,	LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BESIVANCE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BESREMI INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BETAGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
betaína polvo para solución oral (equiv. CYSTADANE)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BETAMETASONA VALERATO LOCIÓN	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada crema (equiv. DIPROLENE AF CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
BETAMETASONA AUMENTADA GEL	-	3	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada gel	-	NC	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada loción (equiv. DIPROLENE LOCIÓN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
betametasona aumentada pomada (equiv. DIPROLENE POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato crema (equiv. DIPROSONE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato loción	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona dipropionato pomada (equiv. DIPROSONE POMADA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato espuma (equiv. LUXIQ ESPUMA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato loción	-	2	DERMATOLÓGICOS
betametasona valerato pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto genérico = letras minú	sculas	-	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	e farmacia especializada	LD I OTC I RS I	Distribución limitada De venta libre Restricción a especialistas Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

¢

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código esp	ecial Nivel	_ Categoría
BETAPACE AF COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
BETAPACE COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
BETASERON INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BETAXOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol solución oftálmica (equiv. BETOPTIC-S)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol comprimidos (equiv. KERLONE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
betanecol comprimidos (equiv. URECHOLINE)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
BETHKIS SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR, TOBI SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
BETIMOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BETOPTIC-S SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BEVESPI AEROSPHERE INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
BEXAGLIFLOZINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
bexaroteno cápsulas (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
bexaroteno gel (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2	DERMATOLÓGICOS
BEXSERO INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
BEYAZ COMPRIMIDOS	-	4	ANTICONCEPTIVOS
BEYFORTUS INYECTABLE	VAC	1	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
BIAFINE EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BIAXIN COMPRIMIDOS	-	NC	MACRÓLIDOS
bicalutamida comprimidos (equiv. CASODEX)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BIDIL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
BIFERARX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BIJUVA CÁPSULAS	-	NC	ESTRÓGENOS
BIKTARVY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
BILTRICIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
bimatoprost solución oftálmica (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost solución oftálmica	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
BIMZELX INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BINOSTO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
bismuto/metronidazol/tetraciclina cápsulas (equiv. PYLERA)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
BISOPROLOL FUMARATO COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
bisoprolol comprimidos (equiv. ZEBETA)	-	2	BETA BLOQUEADORES
bisoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZIAC)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
BLEPH-10 SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BLEPHAMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BLEPHAMIDE S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
BONIVA COMPRIMIDOS 150 MG	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BONSITY INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
bosentán comprimidos (equiv. TRACLEER) (QL= 2 comprimidos /día; únicamente disponible a través de de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RXCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	<u>Categoría</u>
bosentán comprimidos para suspensión oral (equiv. TRACLEER) (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
BOSULIF CÁPSULAS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BOSULIF COMPRIMIDOS	MSP-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG (QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)		5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BREO ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
BREO ELLIPTA INHALADOR 50-25 MCG/ACT	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
BREXAFEMME COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
BREZTRI AEROSPHERE INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
BRILINTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
brimonidina solución oftálmica 0.15 % (equiv. ALPHAGAN P 0.15 %)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina solución oftálmica 0.2 %	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina tartrato gel (equiv. MIRVASO)	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
brimonidina tartrato solución oftálmica 0.1% (equiv. ALPHAGAN)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidina/timolol solución oftálmica (equiv. COMBIGAN)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BRINSUPRI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
brinzolamida suspensión oftálmica (equiv. AZOPT)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BRISDELLE CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
BRIVIACT INYECTABLE 50 MG/5 ML	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT SOLUCIÓN 10 MG/ML	-	NC	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
bromocriptina cápsulas (equiv. PARLODEL)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
bromocriptina comprimidos (equiv. PARLODEL)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
BROMSITE GOTAS 0.075%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
BRONCHITOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
BROVANA SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
BROVEX PEB LÍQUIDO	OTC	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
BRUKINSA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BRUKINSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
BRYHALI LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
BRYNOVIN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
B-SERENE TOALLITAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
BUCAPSOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
budesonida ER comprimidos (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	CORTICOSTEROIDES

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia	OTC	De venta libre
			especializada		
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	primeros 3 meses				
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

Nombre del medicamento

primeros 3 meses Programa de vacunación

budesonida suspensión para inhalar (equiv. PULMICORT)

	ray nasal (equiv. RHINOCORT AQUA) (QL= 2	OTC-QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
botellas/reposid budesonida es	cion) puma rectal (equiv. UCERIS ESPUM <i>i</i>	RECTAL)	PA	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y
hdaaanida CD	2 - 4			2	RELACIONADOS
	R cápsulas (equiv. ENTOCORT EC) moterol inhalador (equiv. SYMBICOR	T \	-	3	CORTICOSTEROIDES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
	` '	1)	-		
	mprimidos (equiv. BUMEX)		-		DIURÉTICOS
BUNAVAIL PE			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BUPHENYL PO	OLVO		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BUPHENYL CO	OMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
buprenorfina cl	orhidrato película bucal (equiv. BELB	JCA)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
escalonada rec	arches (equiv. BUTRANS) (QL= 4 par quiere pasar por un opioide IR si no ha de opioides ER])		QL-ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	L comprimidos (equiv. SUBUTEX)		-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	aloxona sl película (equiv. SUBOXON	E)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
buprenorfina/na	aloxona SL comprimidos (equiv. SUB	OXONE)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
bupropión ER o	comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)		-	2	ANTIDEPRESIVOS
bupropión SR o	comprimidos (equiv. ZYBAN) (Limitad	o a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
bupropión com	primidos (equiv. WELLBUTRIN)		-	2	ANTIDEPRESIVOS
bupropión XL c	comprimidos (equiv. WELLBUTRIN XL	.)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
buspirona com	primidos (equiv. BUSPAR)		-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
BUTALBITAL/A	ACETAMINOFENO CÁPSULAS		-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
butalbital/aceta	aminofeno/cafeína solución		-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
	aminofeno/cafeína comprimidos (equiv	. FIORICET)	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
	ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS		-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
reposiciones/30		co/reposición, 2	QL		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
BUTRANS PAR			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	CISE AUTOINY.		-		ANTIDIABÉTICOS
diabetes Tipo 2	NYECTABLE (QL= 4 iny./28 días; rest 2 [E11])	ringido al diagnóstico –	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
	LUMA INYECTABLE		-		ANTIDIABÉTICOS
	SULAS 1200 MCG (QL= 2 cápsulas/di heRx Pharmacy 855-726-8479)	a; únicamente disponible a	aLD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	SULAS 400 MCG (QL= 6 cápsulas/día heRx Pharmacy 855-726-8479)	; únicamente disponible a	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	SULAS DISPERSABLES 200 MCG (Q sponible a través de PantheRx Pharm		LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	SULAS DISPERSABLES 600 MCG (Q sponible a través de PantheRx Pharma		LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
BYNFEZIA PLU	UMA INYECTABLE		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
BYSTOLIC CO	MPRIMIDOS		-	NC	BETA BLOQUEADORES
BYVALSON CO			-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CABENUVA IM	1 SUSPENSIÓN		-	NC	ANTIVIRALES
CABENUVA SI	USPENSIÓN 600 MG-900 MG/3 ML		-	NC	ANTIVIRALES
NC = N	o cubierto	genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P : EXC Exclusion M Benefic PA Autoriza	e No cubierto, revisor externo ón del plan io médico ación previa o a dos reposiciones de 15 días por los	INF Infertilidad MSP Programa obligatorio QL Límite de cantidad SMKG Abandono del tabaqu	de farmacia especial	LD izada OTO RS ST	Distribución limitada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

¢

RxCENTS

11141		0/44/2025
Uitima	actualización	9/11/2025

Nombre del medicamento			Código especial	Nivel	Categoría	
cabergolina comprimidos (equiv. DOSTINEX)			-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
CABLIVI KIT INYECTABLE			-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.	
CABOMETYX COMPRIMIDOS			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	
CABTREO GEL			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
CADUET COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MIS	SC
CAFCIT INYECTABLE			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESI ANOREXÍGENOS	
cafeína citrato solución (equiv. CAFCIT) (Cubierto para miem meses y menores)	nbros de	: 11	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESI ANOREXÍGENOS	IDAD/
CALAN SR COMPRIMIDOS			-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES I CALCIO	DE
calcipotrieno crema (equiv. DOVONEX CREMA)			-	3	DERMATOLÓGICOS	
calcipotrieno crema (equiv. TRIONEX)			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
CALCIPOTRIENO ESPUMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
CALCIPOTRIENO ESPUMA, SORILUX ESPUMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
calcipotrieno pomada			-	3	DERMATOLÓGICOS	
CALCIPOTRIENE SOLUCIÓN			-	3	DERMATOLÓGICOS	
calcipotrieno solución (equiv. DOVONEX SOLUCIÓN)			-	3	DERMATOLÓGICOS	
calcipotrieno/betametasona dipropionato suspensión			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
calcipotrieno/betametasona pomada (equiv. TACLONEX)			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
calcitonina inyectable (equiv. MIACALCIN)			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
calcitonina spray nasal (equiv. MIACALCIN)			-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
calcitriol cápsulas (equiv. ROCALTROL)			-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
CALCITRIOL INYECTABLE			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
CALCITRIOL POMADA			-	4	DERMATOLÓGICOS	
calcitriol solución (equiv. ROCALTROL)			-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓL MISC.	ICOS -
acetato de calcio cápsulas (equiv. PHOSLO)			-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - M	IISC.
acetato de calcio comprimidos (equiv. ELIPHOS)			-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - M	IISC.
LÍQUIDO DE CALIBRACIÓN			OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS	
CALQUENCE COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únic disponible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877 Walgreens 888-347-3416)			LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	
CALSODORE PAK			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
CAMBIA POLVO			-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA	
CAMZYOS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disp de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	onible a	a través	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MIS	SC.
candesartán comprimidos (equiv. ATACAND)			-	2	ANTIHIPERTENSIVOS	
candesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ATACANE	HCT)		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS	
CAPASTAT INYECTABLE	- ,		M	6	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS	
capecitabina comprimidos (equiv. XELODA)			MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	
CAPEX SHAMPOO			-	NC	DERMATOLÓGICOS	
CAPLYTA CÁPSULAS			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS	
CAPRELSA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicar a través de Biologics 800-850-4306)	mente d	isponible	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genéric	o = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC Exclusión del plan	INF	Infertilid	ad		LD Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP		na obligatorio de farmacia es _l	oecializada	OTC De venta libre	
	\sim 1	Límito d	e cantidad		RS Restricción a especialistas	
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG		no del tabaquismo		ST Terapia escalonada	

Última actualización 9/11/2025

Noml	bre del medicamento		Código es	pecial Nivel	<u>Categoría</u>
disponi	ELSA COMPRIMIDOS 300 MG (QL= 1 comprim ble a través de Biologics 800-850-4306)	ido/día; únicamente	e LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
•	cina/mentol parches tópicos (equiv. SINELEE)		-	NC	DERMATOLÓGICOS
captop	ril comprimidos (equiv. CAPOTEN)		-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
CAPTO	OPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CAPVA	AXIVE INYECTABLE		VAC	1	VACUNAS
CARAC	CCREMA		-	3	DERMATOLÓGICOS
CARAC	CCREMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
	FATE SUSPENSIÓN		-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICO S/ANTICOLINÉRGICOS
	FATE COMPRIMIDOS		-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
	AGLU COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	nazepina comprimidos masticables (equiv. TEGI	RETOL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
CARBA	AMAZEPINA COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC	ANTICONVULSIVOS
	nazepina ER cápsulas (equiv. CARBATROL)		-	3	ANTICONVULSIVOS
carbam	nazepina ER comprimidos (equiv. TEGRETOL 🗵	(R)	-	3	ANTICONVULSIVOS
carban	nazepina suspensión (equiv. TEGRETOL)		-	2	ANTICONVULSIVOS
carban	nazepina comprimidos (equiv. TEGRETOL)		-	2	ANTICONVULSIVOS
CARBA	ATROL CÁPSULAS		-	NC	ANTICONVULSIVOS
carbido	ppa comprimidos (equiv. LODOSYN)		-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
carbido	ppa/levodopa ER comprimidos (equiv. SINEMET	CR)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
CARBI	DOPA/LEVODOPA ODT	,	-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
carbido	ppa/levodopa ODT (equiv. PARCOPA)		-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
carbido	ppa/levodopa comprimidos (equiv. SINEMET)		-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
	DOPA/LEVODOPA/ENTACAPONA comprimido	s (equiv. STALEVO	O) -	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
	opa-levodopa-entacapona comprimidos (equiv. S	, .	- -	3	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
carbino	oxamina maleato comprimidos 6 mg		-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
CARBI	NOXAMINA SOLUCIÓN		-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
carbino	oxamina comprimidos (equiv. PALGIC)		-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
CARBZ	ZAH SOLUCIÓN 4 MG/5 ML		-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
CARDI	ZEM CD CÁPSULAS		-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
CARDI	ZEM LA COMPRIMIDOS		-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
	ZEM COMPRIMIDOS		-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIC
	JRA COMPRIMIDOS		<u>-</u>	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
	JRA XL COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
	earglúmico comprimidos (equiv. CARBAGLU)		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
carisop	orodol comprimidos (equiv. SOMA)		-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisop	orodol comprimidos 250 mg (equiv. SOMA)		-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARIS	OPRODOL/ASPIRINA COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisop	orodol/aspirina comprimidos (equiv. SOMA COM	PUESTO)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARIS	OPRODOL/ASPIRINA/CODEÍNA COMPRIMIDO	os	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
carisop	orodol/aspirina/codeína comprimidos (equiv. SO	MA COMPUESTO/	CODEINE) -	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CARM	OL LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
	NC = No cubierto	genérico	= letras minúsculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INF Infertilidad		LD [Distribución limitada
M	Exclusión del plan Beneficio médico		obligatorio de farmacia		Distribución limitada De venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL Límite de			Restricción a especialistas erapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
CARNITOR SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CARNITOR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CARTEOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
carteolol solución oftálmica (equiv. OCUPRESS)	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
carvedilol fosfato ER cápsulas (equiv. COREG CR)		NC	BETA BLOQUEADORES
carvedilol comprimidos (equiv. COREG)	-	2	BETA BLOQUEADORES
CASODEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CATAPRES-TTS PARCHES	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CAYSTON SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CEFACLOR CÁPSULAS	-	4	CEFALOSPORINAS
cefaclor cápsulas (equiv. CECLOR)	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFACLOR ER COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFACLOR SUSPENSIÓN	-	4	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo cápsulas (equiv. DURICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo suspensión (equiv. DURICEF)		2	CEFALOSPORINAS
cefadroxilo comprimidos (equiv. DURICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
CEFADROXIL COMPRIMIDOS	-	3	CEFALOSPORINAS
cefdinir cápsulas (equiv. OMNICEF)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefdinir suspensión (equiv. OMNICEF)		2	CEFALOSPORINAS
CEFDITOREN COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
cefixima cápsulas (equiv. SUPRAX)		4	CEFALOSPORINAS
cefixima suspensión (equiv. SUPREX)	-	4	CEFALOSPORINAS
CEFPODOXIMA PROXETILO SUSPENSIÓN		4	CEFALOSPORINAS
cefpodoxima proxetilo comprimidos (equiv. VANTIN)	-	4	CEFALOSPORINAS
cefprozil suspensión (equiv. CEFZIL)		2	CEFALOSPORINAS
cefprozil comprimidos (equiv. CEFZIL)		2	CEFALOSPORINAS
cefuroxima comprimidos (equiv. CEFTIN)		2	CEFALOSPORINAS
CELEBREX CÁPSULAS		NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
celecoxib cápsulas (equiv. CELEBREX)		2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CELEXA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
CELLCEPT CÁPSULAS		NC	CLASES SURTIDAS
CELLCEPT SUSPENSIÓN	-	NC	CLASES SURTIDAS
CELLCEPT COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
CELONTIN CÁPSULAS		4	ANTICONVULSIVOS
CENTANY POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
cefalexina cápsulas (equiv. KEFLEX)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefalexina cápsulas 750 mg (equiv. KEFLEX)		NC	CEFALOSPORINAS
cefalexina suspensión (equiv. KEFLEX)	-	2	CEFALOSPORINAS
cefalexina comprimidos		NC	CEFALOSPORINAS
CEQUA (PF) SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VEVYE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CEQUR SIMPLICITY		NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
CERDELGA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CERVICAL CÁPSULAS		1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
CESAMET CÁPSULAS	-	4	ANTIEMÉTICOS
cesia comprimidos (equiv. CYCLESSA)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
cetirizina comprimidos masticables (equiv. ZYRTEC)	OTC	NC	ANTIHISTAMÍNICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMK G	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento		Código especial	Nivel	Catego	oría
cetrorelix acetato para kit inyectable (equiv. CETROTIDE)		INF		AGENTES MISC.	S ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
CETROTIDE KIT		INF		AGENTES MISC.	S ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
CETYLEV COMPRIMIDOS		-	NC	ANTÍDOT	OS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
cevimelina cápsulas (equiv. EVOXAC)		-			S PARA LA RGANTA/DIENTES
CHEMET CÁPSULAS		-	3	ANTÍDOT	os
CHENODAL COMPRIMIDOS, CTEXLI COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES	S GASTROINTESTINALES - MISC.
clordiazepóxido cápsulas (equiv. LIBRIUM)		-	NC	AGENTES	SANTIANSIEDAD
CLORDIAZEPÓXIDO/AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS		-			RAPÉUTICOS Y S NEUROLÓGICOS - MISC.
clordiazepóxido/clidinio cápsulas (equiv. LIBRAX)		-	NC	MEDICAN	IENTOS PARA LA ÚLCERA
gluconato de clorhexidina solución (equiv. PERIDEX)		-			S PARA LA RGANTA/DIENTES
CLOROQUINA COMPRIMIDOS		-	2	ANTIMAL	ÁRICOS
cloroquina comprimidos (equiv. ARALEN)		-	2	ANTIMAL	ÁRICOS
CLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS		-	2	DIURÉTIC	cos
clorotiazida comprimidos (equiv. DIURIL)		-	2	DIURÉTIC	cos
CHLORPROMAZINE CONC		-	NC	ANTIPSIC	CÓTICOS/ANTIMANÍACOS
clorpromazina comprimidos (equiv. THORAZINE)		-	2	ANTIPSIC	CÓTICOS/ANTIMANÍACOS
clortalidona comprimidos		-	2	DIURÉTIC	cos
clorzoxazona comprimidos		-			S DE TERAPIA DESQUELÉTICA
CLORZOXAZONA COMPRIMIDOS 250 MG, LORZONE COMPRIMII	DOS	-			S DE TERAPIA
clorzoxazona comprimidos 500 mg		-	3	AGENTES	OESQUELÉTICA S DE TERAPIA OESQUELÉTICA
CHOLBAM CÁPSULAS		<u>-</u>			GESQUELETICA GASTROINTESTINALES - MISC.
colecalciferol cápsulas 50000 unidades		-		VITAMINA	
colestiramina lite polvo (equiv. QUESTRAN LITE)		-			ERLIPIDÉMICOS
colestiramina lite polvo en paquete (equiv. QUESTRAN LITE)		-	2	ANTIHIPE	RLIPIDÉMICOS
colestiramina polvo (equiv. QUESTRAN)		-	2	ANTIHIPE	ERLIPIDÉMICOS
colestiramina polvo en paquete (equiv. QUESTRAN)		-	2	ANTIHIPE	ERLIPIDÉMICOS
CIALIS COMPRIMIDOS		-	EXC	AGENTES	S CARDIOVASCULARES - MISC.
CIALIS COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG		-	NC	AGENTES	S CARDIOVASCULARES - MISC.
cicatrace kit (equiv. REXASIL)		-	NC	DERMAT	OLÓGICOS
ciclopirox crema (equiv. LOPROX CREAM)		-	2	DERMATO	OLÓGICOS
ciclopirox gel (equiv. LOPROX GEL)		-	2	DERMATO	OLÓGICOS
ciclopirox solución para uñas (equiv. PENLAC)		-	2	DERMATO	OLÓGICOS
ciclopirox shampoo (equiv. LOPROX SHAMPOO)		-	3	DERMATO	OLÓGICOS
ciclopirox suspensión tópica (equiv. LOPROX SUSPENSIÓN)		-		DERMATO	OLÓGICOS
cilostazol comprimidos (equiv. PLETAL)		-	2	AGENTES	S HEMATOLÓGICOS - MISC.
CILOXAN POMADA OFTÁLMICA		-			S OFTÁLMICOS
CILOXAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-			SOFTÁLMICOS
CIMDUO COMPRIMIDOS		-		ANTIVIRA	
cimetidina solución (equiv. CIMETIDINA)		<u>-</u>			MENTOS PARA LA ÚLCERA
cimetidina comprimidos (equiv. TAGAMET)		OTC			MENTOS PARA LA ÚLCERA
CIMZIA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL			GASTROINTESTINALES - MISC.
cinacalcet comprimidos (equiv. SENSIPAR)		-	3		S ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
SIGNIFOR INYECTABLE (QL= 16 viales/28 días; únicamente dispon Accredo 800-803-2523)	ible a tra	avés de LD-PA-QL			S HEMATOLÓGICOS - MISC.
CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA		-	NC	AGENTES	S ÓTICOS
No. 11 . 11 .		,,			
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas			MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia	especializad		De venta libre
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS		٥.	
7.0 1 regrama de vacanación	٣	10.021110			

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
CIPRO SUSPENSIÓN	-	4	FLUOROQUINOLONES
CIPRO COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
CIPRODEX SUSPENSIÓN ÓTICA	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CIPROFLOXACINA 100 MG COMPRIMIDOS	-	4	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina hcl solución ótica (equiv. CETRAXAL)	-	3	AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacina solución oftálmica (equiv. CILOXAN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ciprofloxacina suspensión (equiv. CIPRO)	-	3	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina comprimidos (equiv. CIPRO)	-	2	FLUOROQUINOLONES
ciprofloxacina/dexametasona suspensión ótica (equiv. CIPRODEX)	-	3	AGENTES ÓTICOS
CITALOPRAM CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
citalopram solución (equiv. CELEXA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
citalopram comprimidos (equiv. CELEXA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
CITRANATAL MEDLEY CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
CITRULLINE EASY COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CLARIFOAM EF ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLARINEX JARABE	PA	4	ANTIHISTAMÍNICOS
CLARINEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
CLARINEX-D COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
claritromicina ER comprimidos (equiv. BIAXIN XL)	-	4	MACRÓLIDOS
CLARITROMICINA SUSPENSIÓN	-	3	MACRÓLIDOS
claritromicina comprimidos (equiv. BIAXIN)	-	2	MACRÓLIDOS
CLARITIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	OTC	EXC	ANTIHISTAMÍNICOS
CLEMASTINA JARABE	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
clemastina comprimidos (equiv. TAVIST)	-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
CLEMASTINA COMPRIMIDOS (GENUS LIFESCIENCES)	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
CLEMASTINA COMPRIMIDOS, CLEMASZ COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
CLEMSZA COMPRIMIDOS 2.68 MG	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
CLENIA PLUS SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLENPIQ SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
CLEOCIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CLEOCIN SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
CLEOCIN CREMA VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES (QL= 3 supositorios/reposición)	QL	4	PRODUCTOS VAGINALES
CLEOCIN-T GEL ,	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN-T SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLIMARA PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
CLIMARA PRO PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
CLINDACIN KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina cápsulas (equiv. CLEOCIN)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
clindamicina espuma (equiv. EVOCLIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina gel (equiv. CLEOCIN GEL)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina loción (equiv. CLEOCIN- T)	•	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina toallitas (equiv. CLEOCIN- T)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clindamicina fosfato-peróxido de benzoílo gel 1.2- 3.75% (equiv. ONEXTON)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clindamicina solución (equiv. CLEOCIN)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
clindamicina solución tópica (equiv. CLEOCIN-T)	-	2	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
clindamicina crema vaginal (equiv. CLEOCIN)	QL	2	PRODUCTOS VAGINALES
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZACLIN)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. DUAC GEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clindamicina/tretinoína gel (equiv. ZIANA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLINDAVIX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLINDESSE CREMA VAGINAL (QL= 1 aplicador/reposición)	QL	4	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
CLINISTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
clobazam suspensión (equiv. ONFI)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
clobazam comprimidos (equiv. ONFI)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
clobetasol E espuma (equiv. OLUX E)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clobetasol espuma (equiv. OLUX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clobetasol loción (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
CLOBETASOL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
propionato de clobetasol crema (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
CLOTRIMAZOL PROPIONATO CREMA, IMPOYZ CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol crema emoliente (equiv. TEMOVATE E)	-	3	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol gel (equiv. TEMOVATE GEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol pomada (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
propionato de clobetasol solución (equiv. TEMOVATE)	-	2	DERMATOLÓGICOS
clobetasol shampoo (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
clobetasol spray (equiv. CLOBEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
CLOBETAVIX KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOBEX SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOCORTOLONA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clocortolona pivalato crema (QL= 90 g/30 días)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
CLODERM CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clomifeno citrato comprimidos (equiv. CLOMID)	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CLOMIFENO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
clomipramina cápsulas (equiv. ANAFRANIL)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
clonazepam ODT (equiv. KLONOPIN)	-	4	ANTICONVULSIVOS
clonazepam comprimidos (equiv. KLONOPIN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
clonidina ER comprimidos (equiv. KAPVAY)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
clonidina parches (equiv. CATAPRES-TTS)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
clonidina comprimidos (equiv. CATAPRES)	<u>-</u>	2	ANTIHIPERTENSIVOS
clopidogrel comprimidos 75 mg (equiv. PLAVIX)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CLOPIDOGREL PAQUETE DE TERAPIA	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
clorazepato comprimidos (equiv. TRANXENE-T)	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
clotrimazol crema (equiv. LOTRIMIN AF)	OTC	NC	DERMATOLÓGICOS
clotrimazol pastillas (equiv. MYCELEX PASTILLAS)	•	2	AGENTES PARA LA
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			BOCA/GARGANTA/DIENTES
clotrimazol/betametasona crema (equiv. LORTRISONE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
CLOTRIMAZOL/BETAMETASONA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
clotrimazol/betametasona loción (equiv. LOTRISONE LOCIÓN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CLOZAPINA ODT	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
clozapina ODT comprimidos (equiv. CLOZAPINA, FAZACLO)	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

NC

3

ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS

ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS

Nombre del medicamento

CLOZAPINA ODT, FAZACLO ODT

clozapina comprimidos (equiv. CLOZARIL)

clozapi	na comprimidos (equiv. CLOZARIL)			-	3	ANTIPSICOTICOS/ANTIMANIACOS
CLOZA	RIL COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
COAG	ADEX INYECTABLE			-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
COAR	TEM COMPRIMIDOS			-	4	ANTIMALÁRICOS
COBE	NFY CÁPSULAS			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	NEY CÁPSULAS PAQUETE DE INICIO			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	NA HCL SOLUCIÓN			-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
CODEÍ	NA SULFATO SOLUCIÓN			-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	a sulfato comprimidos			-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	'AL CÁPSULAS			_	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	HICINA CÁPSULAS			-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
	ina cápsulas (equiv. COLCHICINA)			_	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
	ina comprimidos (equiv. COLCRYS)			-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
	ina/probenecida comprimidos (equiv. COL-l	SENIEMI	ח	-	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
	RYS COMPRIMIDOS	JEINEIVII	<i>D</i>)		NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
				-		
	velam paquete (equiv. WELCHOL)			-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	velam comprimido (equiv. WELCHOL)			-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	STID GRÁNULOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	STID POLVO EN PAQUETE			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	STID COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestip	ool gránulos (equiv. COLESTID)			-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestip	ool polvo en paquete (equiv. COLESTID)			-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
colestip	ool comprimidos (equiv. COLESTID)			-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
COLLA	NEX POLVO EXTERNO			-	NC	DERMATOLÓGICOS
COLY-	MYCIN S SUSPENSIÓN ÓTICA			-	3	AGENTES ÓTICOS
СОМВ	IGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
COMB	IPATCH			-	3	ESTRÓGENOS
СОМВ	IVENT RESPIMAT INHALADOR			-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
	IVIR COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
	OGESIC COMPRIMIDOS			_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	TRIQ KIT			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
001415	NATY INIVESTABLE (OL . 4 decir/47 d/cc)			01.1/40	4	
	RNATY INYECTABLE (QL= 1 dosis/17 días)		,, - ,,	QL-VAC	1	VACUNAS
	RNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML (QL=	1 dosis	/1 / dias)	QL-VAC	1	VACUNAS
	LERA COMPRIMIDOS			-	4	ANTIVIRALES
	AN COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
	EPT DHA CÁPSULAS			-	2	MULTIVITAMÍNICOS
	EPTROL GEL			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
CONCI	ERTA COMPRIMIDOS, RITALIN SR COMF	RIMIDO)S	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
COND	YLOX GEL			-	NC	DERMATOLÓGICOS
CONJU	JPRI COMPRIMIDOS, LEVAMLODIPINA C	OMPRIN	MIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE
CONS	ENSI COMPRIMIDOS			-	NC	CALCIO BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE
DELÍC:	II A ANTICONOFDENTA			OTO	4	CALCIO
	JLA ANTICONCEPTIVA			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
	MA ANTICONCEPTIVA			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
	NTICONCEPTIVO			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
SUPOS	SITORIO ANTICONCEPTIVO			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
	NC = No cubierto		genérico = letras	minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EVO	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIT	Infantilide -		1.5	Diotribusión limito do
EXC M	Exclusión del plan Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligato	rio de farmacia especializada	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad		RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del taba		ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
COPAXONE INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
COPIKTRA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CORDARONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
CORDRAN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN CREMA 0.025%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
CORDRAN TIRAS	-	4	DERMATOLÓGICOS
COREG CR CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
COREG COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
CORGARD comprimidos	-	NC	BETA BLOQUEADORES
CORIFACT KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
CORLANOR SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CORLANOR COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
CORTANE-B SOLUCIÓN ÓTICA	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CORTEF COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
CORTENEMA	-	NC	AGENTES ANORRECTALES
CORTIC-ND GOTAS	-	NC	AGENTES ÓTICOS
CORTIFOAM	-	4	AGENTES ANORRECTALES
ACETATO DE CORTISONA COMPRIMIDOS	-	3	CORTICOSTEROIDES
CORTISPORIN CREMA	_	4	DERMATOLÓGICOS
CORTISPORIN POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
CORTROPHIN INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CORTROFIN GEL INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CORVITE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
COSENTYX INYECTABLE (1 PAQUETE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX INY. (2 PAQUETES)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSENTYX UNO INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
COSOPT PF SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
COTELLIC COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
COTEMPLA XR ODT	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
COUMADIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
COVID-19 TEST	OTC	EXC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)		1	VACUNAS
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA) (QL= 1 dosis/24 días)		1	VACUNAS
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
COXANTO CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
COZAAR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
CRENESSITY CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento		Código es	pecial Nive	I Categoría
CRENESSITY SOLUCIÓN		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CREON CÁPSULAS		-	NC	AYUDA DIGESTIVA
CRESEMBA CÁPSULAS		-	NC	ANTIFÚNGICOS
CRESTOR COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
CREXONT CÁPSULAS, RYTARY CÁPSULAS		-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
CRINONE GEL		PA	3	PRODUCTOS VAGINALES
CRIXIVAN CÁPSULAS		-	5	ANTIVIRALES
cromolina concentrada (equiv. GASTROCROM)		-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
cromolina solución para nebulizar (equiv. INTAL)		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
cromolina solución oftálmica (equiv. CROLOM)		-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CROMOLINA DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CROTAN LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
cryselle comprimidos		-	1	ANTICONCEPTIVOS
CUE COVID-19 CARTUCHO DE PRUEBA		OTC	EXC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
CUE MONITOR DE SALUD CUPRIMINE CÁPSULAS		OTC -	EXC NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
CUTAQUIG INYECTABLE		-	NC NC	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y
		-		TRATAMIENTO
CUTIVATE LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
CUVITRU INYECTABLE		-	NC	AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS
CUVPOSA SOLUCIÓN		-	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
CUVRIOR COMPRIMIDOS		-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
cianocobalamina inyectable		-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
cianocobalamina spray nasal 500 mcg/0.1 ml (equi	v. NASC	COBAL) -	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CICLOBENZAPRINA KIT COMPUESTO		-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina ER cápsulas (equiv. AMRIX)		-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 10 mg (equiv. FLEXE		-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 5 mg (equiv. FLEXEF	,	•	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ciclobenzaprina comprimidos 7.5 mg (equiv. FEXM	IID)	-	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOMYDRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4.)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ciclopentolato solución oftálmica (equiv. CYCLOG` CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	YL)	-	2 3	AGENTES OFTÁLMICOS ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
		-		ADYUVANTES
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS		•	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDOS		-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
CICLOSERINA CÁPSULAS		-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
CYCLOSET COMPRIMIDOS		-	4	ANTIDIABÉTICOS
ciclosporina cápsulas (equiv. SANDIMMUNE)		-	5	CLASES SURTIDAS
ciclosporina modificada cápsulas (equiv. NEORAL		-	5	CLASES SURTIDAS
ciclosporina modificada solución (equiv. NEORAL)		-	5	CLASES SURTIDAS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad		Distribución limitada
M Beneficio médico PA Autorización previa	MSP QL	Programa obligatorio de farmacia especializada Límite de cantidad		De venta libre Restricción a especialistas
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo		Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢	RXCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

Autorización previa

primeros 3 meses Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

ciclosporina emulsión oftálmica (equiv. RESTASIS) (QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría)	QL-RS	2	AGENTES OFTÁLMICOS
CICLOSPORINA EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.1%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
CYFOLEX CÁPSULAS	_	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CYKLOKAPRON INYECTABLE	_	NC	HEMOSTÁTICOS
CYLTEZO KIT DE AUTOINYECTOR (adalimumab-adbm)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CYLTEZO INYECTABLE (adalimumab-adbm)	_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
CYMBALTA CÁPSULAS	_	NC	ANTIDEPRESIVOS
ciproheptadina jarabe	_	2	ANTIHISTAMÍNICOS
ciproheptadina comprimidos	_	2	ANTIHISTAMÍNICOS
CYSTADANE POLVO (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288 5007)	- LD	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL = 4 botellas/28 días; restringido a especialistas de Oftalmología; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007)	LD-QL-RS	5	AGENTES OFTÁLMICOS
CYSTAGON CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a	LD-QL-RS	5	AGENTES OFTÁLMICOS
especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través of Walgreens 888-347-3416)	de		
CYTOMEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
CYTOTEC COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
CYTRA K CRISTALES	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
CYTRA-3 JARABE	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
D.H.E. INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
dabigatrán etexilato mesilato cápsulas (equiv. PRADAXA)	-	3	ANTICOAGULANTES
dalfampridina ER comprimidos (equiv. AMPYRA)	MSP	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DALIRESP COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
danazol cápsulas (equiv. DANOCRINE)	-	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
DANTRIUM CÁPSULAS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA
dantroleno cápsulas (equiv. DANTRIUM)	-	3	MUSCULOESQUELÉTICA AGENTES DE TERAPIA
DANZITEN COMPRIMIDOS	-	NC	MUSCULOESQUELÉTICA ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 10-1000 MG	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 5-1000 MG	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDO 10 MG	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
DAPAGLIFLOZINA PROPRANEDIOL COMPRIMIDOS 5 MG	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
dapsona gel (equiv. ACZONE)	_	NC	DERMATOLÓGICOS
dapsona comprimidos	_	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
DAPTACEL INYECTABLE, INFANRIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
DARAPRIM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
darifenacina SR comprimidos (equiv. ENABLEX)		3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DARTISLA ODT COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
darunavir comprimidos (equiv. PREZISTA)	_	3	ANTIVIRALES
daluliavii complimidos (equiv. 1 NEZIOTA)	-	3	ANTIVINALES
NC = No cubierto genérico = letras m	ninúsculas	M	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD Di	stribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligator especializada			venta libre

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RS

ST

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

Límite de cantidad

SMKG Abandono del tabaquismo

RxCENTS

QL

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	<u>Categoría</u>
dasatinib comprimidos (equiv. SPRYCEL)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
DAURISMO COMPRIMIDOS	-	NC	ADYUVANTES ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
DAWNZERA INYECTABLE		NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
DAYBUE SOLUCIÓN (QL= 8 botellas/30 días; únicamente disponible a través	- I D DA OI	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
de AnovoRx 844-288-5007)	LD-FA-QL	5	AGENTES NEUROWIUSCULARES
DAYPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
DAYTRANA PARCHES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXIGENOS
DAYVIGO COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
DAZOMON GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DDAVP INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP SOLUCIÓN NASAL	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DDAVP COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
DEBACTEROL SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
deferasirox paquete de gránulos (equiv. JADENU)	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferasirox comprimidos (equiv. JADENU)		NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferasirox comprimidos para suspensión oral (equiv. EXJADE)	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
deferiprona comprimidos (equiv. FERRIPROX) (Únicamente disponible a travé de Lumicera 855-847-3553)	s LD-PA	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
deflazacort suspensión (equiv. EMFLAZA)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
deflazacort comprimidos (equiv. EMFLAZA)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DEGLUDEC FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DEGLUDEC INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DELESTROGEN INYECTABLE (QL= 5 ml/reposición)	QL	4	ESTRÓGENOS
DELSTRIGO COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
DELZICOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
demeclociclina comprimidos (equiv. DECLOMYCIN)	-	4	TETRACICLINAS
DEMEROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
DEMSER CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DENAVIR CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DENGVAXIA SUSPENSIÓN	VAC	1	VACUNAS
DEPACON INYECTABLE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKENE CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKENE JARABE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DEPEN TITRATAB	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
DEPLIN CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
DEPO-MEDROL INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
DEPO-MEDROL INYECTABLE, METILPREDNISOLONA ACETATO INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		•

Última actualización 9/11/2025

Nomb	ore del medicamento		Código espe	ecial Niv	el Categoría
DEPO-	PROVERA INYECTABLE		-	NC	ANTICONCEPTIVOS
DEPO-	PROVERA SC INYECTABLE 104 MG (QL=	1 iny/90) días) QL	1	ANTICONCEPTIVOS
DERM.	ACINRX CREMA	•	, -	NC	DERMATOLÓGICOS
DERM	ACINRX KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DERM.	ALID PAK		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DERM	A-SMOOTH/FS ACEITE		-	3	DERMATOLÓGICOS
DERM	OTIC ACEITE		-	NC	AGENTES ÓTICOS
DESC	OVY COMPRIMIDOS		PA	1	ANTIVIRALES
desipra	amina comprimidos (equiv. NORPRAMIN)		-	3	ANTIDEPRESIVOS
	DRATADINA ODT			EXC	ANTIHISTAMÍNICOS
deslora	atadina comprimidos (equiv. CLARINEX)		-	EXC	ANTIHISTAMÍNICOS
	o de desmopresina inyectable (equiv. DDAVI	P)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
acetato	o de desmopresina spray nasal (equiv. DDA)	/P)	•	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
acetato	o de desmopresina comprimidos (equiv. DDA	AVP)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	OPRESINA SPRAY NASAL		-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	GEN COMPRIMIDOS		-	NC	ANTICONCEPTIVOS
DESO	NATE GEL		-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoni	de crema (equiv. DESOWEN)		-	3	DERMATOLÓGICOS
desoni	de gel		-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoni	de loción		-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoni	de pomada		-	3	DERMATOLÓGICOS
DESO	WEN CREMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESO\	WEN CREMA KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESO	WEN LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESO\	WEN LOCIÓN KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESO	WEN POMADA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DESO\	WEN POMADA KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoxii	metasona crema (equiv. TOPICORT CREMA	١)	-	3	DERMATOLÓGICOS
	metasona crema 0.05% (equiv. TOPICORT)	•	-	NC	DERMATOLÓGICOS
	XIMETASONA GEL		-	NC	DERMATOLÓGICOS
desoxii	metasona pomada (equiv. TOPICORT)		-	3	DERMATOLÓGICOS
	metasona pomada 0.05% (equiv. TOPICOR	T)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
	XYN COMPRIMIDOS	.,	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
desven	nlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ)		-	2	ANTIDEPRESIVOS
	ENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
DETRO	OL LA CÁPSULAS		-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
	OL COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
	METASONA CONCENTRADA		<u>.</u>	2	CORTICOSTEROIDES
	etasona elixir		-	2	CORTICOSTEROIDES
	METASONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA		_	3	AGENTES OFTÁLMICOS
	etasona paquete (equiv. DEXPAK)		_	NC	CORTICOSTEROIDES
	METASONA FOSFATO SÓDICO INYECTAE	RI E	- -	2	CORTICOSTEROIDES
	METASONA SOLUCIÓN	,		2	CORTICOSTEROIDES
	METASONA COMPRIMIDOS		-	2	CORTICOSTEROIDES
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC M	Exclusión del plan Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
dexametasona comprimidos (equiv. DECADRON)	-	2	CORTICOSTEROIDES
DEXCLORFENIRAMINA JARABE	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
DEXCOM G6 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G6 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G6 TRANSMISOR (QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	a QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS) (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DEXEDRINÉ CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DEXILANT DR CÁPSULAS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
dexlansoprazol DR cápsulas (equiv. DEXILANT)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
dexmetilfenidato ER cápsulas (equiv. FOCALIN XR)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dexmetilfenidato comprimidos (equiv. FOCALIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DEXPAK COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
DEXTENZA INSERTO OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. DEXEDRINE)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina solución (equiv. PROCENTRA)	-	4	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 15 mg (equiv. ZENZEDI) dextroanfetamina sulfato comprimidos 2.5mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-		ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 20mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 30mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina sulfato comprimidos 7.5mg (equiv. ZENZEDI)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dextroanfetamina comprimidos (equiv. DEXEDRINE)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DHIVY COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
MEDIDOR DE GLUCOSA (todos los demás medidores de glucosa)	OTC	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DIACOMIT CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DIALYVITE COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
dialyvite comprimidos (equiv. NEPHRO-VITE)	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

itombre dei medicamento	Obdigo especie	II INIVCI	_ oategoria
DIALYVITE/ZINC COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
DIAFRAGMA	-	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
DIASTAT ACDL GEL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DIASTAT GEL RECTAL, DIAZEPAM GEL RECTAL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
diazepam concentrado (equiv. VALIUM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
DIAZEPAM GEL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
diazepam solución oral 5 mg/5 ml (equiv. DIAZEPAM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
diazepam gel rectal (QL= 4 dosis/reposición)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
diazepam comprimidos (equiv. VALIUM)	-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
diazóxido suspensión (equiv. PROGLYCEM)	-	4	ANTIDIABÉTICOS
DIBENZYLINE CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
diclorfenamida comprimidos (equiv. KEVEYIS)	-	NC	DIURÉTICOS
DICLEGIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
DICLOFENAC CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco gel (equiv. SOLARAZE) (QL = 300 gm/30 días)	PA-QL	3	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco gel 1% (equiv. VOLTAREN) (QL= 5 pomos/reposición)	QL	2	DERMATOLÓGICOS
DICLOFENACO PARCHES, FLECTOR PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco potásico (migraña) paquete (equiv. CAMBIA)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
diclofenaco potásico cápsulas (equiv. ZIPSOR)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco potásico comprimidos (equiv. CATAFLAM)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco potásico comprimidos 25 mg (equiv DICLOFENAC)	_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco sódico EC comprimidos (equiv. VOLTAREN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
diclofenaco sódico kit de gel (equiv. VENNGEL)	_	NC	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco sódico solución oftálmica (equiv. VOLTAREN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
diclofenaco sódico XR comprimidos (equiv. VOLTAREN XR)		2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
dictorenaco solico XX comprimidos (equiv. VOLTAXEN XX) dictorenaco solución 1.5% (equiv. PENNSAID) (QL= 3 frascos/reposición)	- QL	3	DERMATOLÓGICOS
diclofenaco/misoprostol DR comprimidos (equiv. ARTHROTEC)	QL	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	-	NC NC	DERMATOLÓGICOS
DICLONA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS DERMATOLÓGICOS
DICLOTREX PAQUETE	-		
dicloxacilina cápsulas (equiv. DYNAPEN)	-	2	PENICILINAS
diciclomina cápsulas (equiv. BENTYL)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
diciclomina solución (equiv. BENTYL)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
diciclomina comprimidos (equiv. BENTYL)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DICICLOMINA COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
didanosina DR cápsulas (equiv. VIDEX EC)	-	NC	ANTIVIRALES
DIDANOSINA CÁPSULAS, VIDEX EC CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
DIETILPROPIÓN ER COMPRIMIDOS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
dietilpropión comprimidos	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DIFFERIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFICID SUSPENSIÓN (QL= 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3	MACRÓLIDOS
DIFICID COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3	MACRÓLIDOS

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DIFLORASONA CREMA, PSORCON CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
diflorasona pomada	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFLUCAN SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
diflunisal comprimidos (equiv. DOLOBID)	-	2	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
difluprednato emulsión oftálmica (equiv. DUREZOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
digoxina solución (equiv. LANOXIN)	-	2	CARDIOTÓNICOS
DIGOXIN SOLUCIÓN 0.05 MG/ML	-	2	CARDIOTÓNICOS
digoxina comprimidos (equiv. LANOXIN)	-	2	CARDIOTÓNICOS
digoxina comprimidos 62.5 mcg (equiv. LANOXIN)	-	NC	CARDIOTÓNICOS
dihidroergotamina mesilato inyectable (equiv. D.H.E.)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
dihidroergotamina mesilato spray nasal (equiv. MIGRANAL)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
DILACOR XR CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
DILANTIN CÁPSULAS 100 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN CÁPSULAS 30 MG	-	3	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN INFATABS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN SUSPENSIÓN	_	NC	ANTICONVULSIVOS
DILAUDID COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM CD)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. DILACOR XR)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
		2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. TIAZAC)	-	3	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM SR)	-	3	
diltiazem ER comprimidos (equiv. CARDIZEM LA) diltiazem comprimidos (equiv. CARDIZEM)	-		BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
, , ,	- MSP	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES
dimetilfumarato DR cápsulas (equiv. TECFIDERA)	MSP	5	NEUROLÓGICOS - MISC.
dimetilfumarato DR paquete de inicio (equiv. TECFIDERA PAQUETE DE INICIO)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES
			NEUROLÓGICOS - MISC.
DIOVAN HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DIOVAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DIPENTUM CÁPSULAS	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
difenhidramina inyectable (equiv. BENADRYL)	-	3	ANTIHISTAMÍNICOS
DIFENOXILATO/ATROPINA LÍQUIDO	=	4	AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS
difenoxilato/atropina comprimidos (equiv. LOMOTIL)	-	2	ANTIDIARREICOS
DIPROLENE AF CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIPROLENE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
DIFTERIA/TÉTANOS TOXOIDE (PEDIÁTRICO) INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
dipiridamol comprimidos (equiv. PERSANTINE)	-	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
disopiramida cápsulas (equiv. NORPACE)	-	2	ANTIARRÍTMICOS
disulfiram comprimidos (equiv. ANTABUSE)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
disulfiram comprimidos 500 mg	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DITROPAN XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
DIURIL SUSPENSIÓN	-	3	DIURÉTICOS
divalproex ER comprimidos (equiv. DEPAKOTE ER)	-	2	ANTICONVULSIVOS
divalproex sódico DR comprimidos (equiv. DEPAKOTE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
divalproex cápsulas dispersables (equiv. DEPAKOTE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
DIVIGEL GEL	-	NC	ESTRÓGENOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
DIVIGEL GEL, ELESTRIN GEL	-	NC	ESTRÓGENOS
dofetilida cápsulas (equiv. TIKOSYN)	-	3	ANTIARRÍTMICOS
DOJOLVI LÍQUIDO ORAL	-	NC	NUTRIENTES
DOLGIC PLUS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
DOLOBID COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
donepezilo ODT (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
donepezilo comprimidos (equiv. ARICEPT) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
donepezilo comprimidos 23 mg (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
DONNATAL ELIXIR	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DONNATAL COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
DOPTELET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
DORYX MPC COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
DORYX COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
dorzolamida solución oftálmica (equiv. TRUSOPT)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamida/timolol (pf) solución oftálmica (equiv. COSOPT)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
DORZOLAMIDA/TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
DOVATO COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
DOVONEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
doxazosina comprimidos (equiv. CARDURA)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
doxepina cápsulas (equiv. SINEQUAN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
doxepina concentrada (equiv. SINEQUAN)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	PA	4	DERMATOLÓGICOS
doxepina hcl crema	-	NC	DERMATOLÓGICOS
doxepina comprimidos (equiv. SILENOR)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
DOXERCALCIFEROL CÁPSULAS	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
doxercalciferol cápsulas (equiv. HECTOROL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
doxiciclina (rosácea) cápsulas de liberación retardada (equiv. ORACEA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
hiclato de doxiciclina cápsulas (equiv. VIBRAMYCIN)	-	2	TETRACICLINAS
hiclato de doxiciclina DR comprimidos (equiv. DORYX)	-	4	TETRACICLINAS
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. VIBRATAB)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. TARGADOX)	-	NC	TETRACICLINAS
hiclato de doxiciclina comprimidos 75 mg, 150 mg (equiv. ACTICLATE)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsula (equiv. MONODOX)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. MONODOX)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 75 mg (equiv. MONODOX)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas (equiv. ADOXA)	-	2	TETRACICLINAS
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv. ADOXA)	-	NC	TETRACICLINAS
doxiciclina suspensión (equiv. VIBRAMYCIN)	-	3	TETRACICLINAS
doxilamina/piridoxina dr comprimidos (equiv. DICLEGIS)	-	NC	ANTIEMÉTICOS
D-PENAMINE COMPRIMIDOS	-	3	CLASES SURTIDAS
DRISDOL CÁPSULAS	-	NC	VITAMINAS
DRITHO-SCALP CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

N	Oitiilla actu	141124C1011 9/ 1 1/20		
Nombre del medicamento		<u>Código esp</u>	<u>ecial</u> <u>Nivel</u>	_ <u>Categoria</u>
DRIZALMA DR CÁPSULAS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
dronabinol cápsulas (equiv. MARINOL)		PA	3	ANTIEMÉTICOS
drospirenona/etinilestradiol/levomefolato comprimidos	s (equiv. BEYAZ)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
DROXIA CÁPSULAS		-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
droxidopa cápsulas (equiv. NORTHERA)		-	NC	VASOCOMPRESORES
DRYSOL SOLUCIÓN		-	2	DERMATOLÓGICOS
DSUVIA SL COMPRIMIDOS		-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
DUAC GEL		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DUAKLIR INHALADOR		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
DUETACT COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
DUEXIS COMPRIMIDOS		-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
DULERA INHALADOR		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA)		_	NC	ANTIDEPRESIVOS
duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA)		_	2	ANTIDEPRESIVOS
DULOXICAÍNA PAQUETE		_	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES
				NEUROLÓGICOS - MISC.
DUOBRII LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
DUOPA ENTERAL SUSPENSIÓN		-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
DUOVISC KIT		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 día	s)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
DUREZOL EMULSIÓN OFTÁLMICA		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
dutasterida cápsulas (equiv. AVODART)		·	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
dutasterida/tamsulosina cápsulas (equiv. JALYN)		-	3	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
DUTOPROL COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
DUVYZAT SUSPENSIÓN ORAL		-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
DUZALLO COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
DXEVO PAK DE 11 DÍAS		-	NC	CORTICOSTEROIDES
DYANAVEL XR MASTICABLE		-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
DYMISTA SPRAY		-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
DYNACIN COMPRIMIDOS		-	NC	TETRACICLINAS
DYRENIUM CÁPSULAS		-	NC	DIURÉTICOS
E.E.S. COMPRIMIDOS		-	4	MACRÓLIDOS
EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días	s)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
EB-N3 DR CÁPSULAS		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
ECONASIL KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
econazol crema (equiv. SPECTAZOLE)		-	2	DERMATOLÓGICOS
ECOZA ESPUMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
EDARBI COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EDARBYCLOR COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EDECRIN COMPRIMIDOS		-	NC	DIURÉTICOS
EDLUAR SL COMPRIMIDOS		-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
NC = No cubierto	genérico = letre	e minúsculas	RA A	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan II	genérico = letras		LD Di:	stribución limitada
M Beneficio médico N	MSP Programa obligat especializada	iono de farmacia	OTC De	e venta libre

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RS

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

Límite de cantidad

SMKG Abandono del tabaquismo

RxCENTS

Autorización previa

primeros 3 meses Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
EDURANT PED COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EDURANT COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EFAVIRENZ CÁPSULAS	-	5	ANTIVIRALES
efavirenz comprimidos (equiv. SUSTIVA)	-	2	ANTIVIRALES
efavirenz/emtricitabina/tenofovir df comprimidos (equiv. ATRIPLA)	-	2	ANTIVIRALES
efavirenz/lamivudina/tenofovir df (lo) comprimidos (equiv. SYMFI [LO])	-	3	ANTIVIRALES
EFAVIRENZ/LAMIVUDINA/TENOFOVIR COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
EFFEXOR XR CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
EFFIENT COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
EFUDEX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EGATEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
EGRIFTA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EGRIFTA WR KIT	-	EXC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EKTERLY COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ELDEPYRL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ELEPSIA XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
eletriptán comprimidos (equiv. RELPAX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ELIDEL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELIGEN B12 COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
ELIMITE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELIPHOS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ELIQUIS COMPRIMIDOS, ELIQUIS PAQUETE DE INICIO	-	3	ANTICOAGULANTES
ELIXOPHYLLIN ELIXIR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ELLA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ELMIRON CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ELOCON CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELOCON POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ELOCTATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
eltrombopag olamina paquete de polvo para suspensión (equiv. PROMACTA) (QL= 1 paquete/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eltrombopag olamina comprimidos 75mg (equiv. PROMACTA) (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
eluryng anillo vaginal (equiv. NUVARING)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ELYXYB SOLUCIÓN	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
EMBECTA JERINGA DE INSULINA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
EMBECTA AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
EMCYT CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EMEND PAK	-	NC	ANTIEMÉTICOS
EMEND SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
EMFLAZA SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
NC = No cubierto genérico = letras min	núsculas	MA	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
EMFLAZA COMPRIMIDOS	•	NC	CORTICOSTEROIDES
EMGALITY INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMGALITY INYECTABLE 100 MG/ML	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
EMPAVELI INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
EMROSI CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EMSAM PARCHES	-	4	ANTIDEPRESIVOS
emtricitabina cápsulas (equiv. EMTRIVA)	-	2	ANTIVIRALES
emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato comprimidos (equiv. TRUVADA)	-	1	ANTIVIRALES
emtricitabina-rilpivirina-tenofovir df comprimidos (equiv. COMPLERA)	-	3	ANTIVIRALES
EMTRIVA CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
EMTRIVA SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
EMVERM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
ENABLEX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
enalapril maleato solución oral (equiv. EPANED) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
enalapril comprimidos (equiv. VASOTEC)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
enalapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. VASERETIC)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ENBREL INYECTABLE 25 MG (QL= 8 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL MINI INY. (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ENDARI POLVO EN PAQUETE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL	PA	3	PRODUCTOS VAGINALES
ENFLONSIA INYECTABLE	VAC	1	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
ENGERIX-B INYECTABLE, RECOMBIVAX-HB INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
enoxaparina inyectable (equiv. LOVENOX)	-	3	ANTICOAGULANTES
enpresse comprimidos (equiv. TRI-LEVELEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
ENSACOVE CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ENSPRYNG INYECTABLE	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ENSTILAR ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
entacapona comprimidos (equiv. COMTAN)	-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ENTADFI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
entecavir comprimidos (equiv. BARACLUDE) (QL= 1 comprimido/día)	QL	5	ANTIVIRALES
ENTEREG CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ENTRESTO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ENTRESTO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ENTYVIO SC INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ENVARSUS XR COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
EOHILIA SUSPENSIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
EPANED SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9	PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
años en adelante)			
EPCLUSA PAK	-	NC	ANTIVIRALES
EPCLUSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
EPICERAM EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
EPIDIOLEX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	ANTICONVULSIVOS
EPIDUO GEL 0.1-2.5 %	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto genérico = letras mi	núsculas	MA	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nom	bre del medicamento			Código espec	<u>cial Ni</u>	vel	Categoría
EPIFO	AM AEROSOL			-	3		DERMATOLÓGICOS
epinas	tina solución oftálmica (equiv. ELESTAT)			-	4		AGENTES OFTÁLMICOS
epinef	rina hcl solución nasal (equiv. ADRENALIN)			-	NC		AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
iny./re	rina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg (equiv. posición)	EPIPE	N [JR]) (QL= 2	QL	2		VASOCOMPRESORES
	N (JR) INYECTABLE			-	NC		VASOCOMPRESORES
EPIVII	R HBV SOLUCIÓN			-	5		ANTIVIRALES
	R SOLUCIÓN			-	NC		ANTIVIRALES
EPIVII	RCOMPRIMIDOS			-	NC		ANTIVIRALES
eplere	nona comprimidos (equiv. INSPRA)			-	2		ANTIHIPERTENSIVOS
	NTIA SOLUCIÓN (Se requiere autorización p en adelante)	revia pa	ara miembros de 9	PA	4		ANTICONVULSIVOS
EPSO	LAY CREMA			-	NC		DERMATOLÓGICOS
EPZIC	OM COMPRIMIDOS			-	NC		ANTIVIRALES
EQUE	TRO CÁPSULAS			-	3		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	CAL CÁPSULAS			-	NC		VITAMINAS
	ATO ERGOLOIDE COMPRIMIDOS			-	4		PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ERGO	MAR SL COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimid	os/28 d	ías)	PA-QL	4		PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
tartrat	o de ergotamina/cafeína comprimidos (equiv.	CAFER	GOT)	-	4		PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
	TAMINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS		,	-	4		PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ERIVE	DGE CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)			MSP-PA-QL-SF	5		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERLE	ADA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día	1)		MSP-PA-QL	5		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG (QL = 1 comprimido/día)				MSP-PA-QL	5		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
erlotin	b comprimidos (equiv. TARCEVA) (QL = 1 co	mprimi	do/día)	MSP-PA-QL-SF	5		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
erlotin	b comprimidos 25 mg (equiv. TARCEVA) (QL	= 3 con	nprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ERTA	CZO CREMA			-	NC		DERMATOLÓGICOS
ERY 1	OALLITAS			-	3		DERMATOLÓGICOS
ERYP	ED SUSPENSIÓN			-	NC		MACRÓLIDOS
ERITE	OMICINA CÁPSULAS DR			-	3		MACRÓLIDOS
eritron	nicina DR cápsulas (equiv. ERYC)			-	3		MACRÓLIDOS
ERITE	OMICINA EC CÁPSULAS			-	3		MACRÓLIDOS
eritron	nicina etilsuccinato suspensión (equiv. ERYPE	D)		-	3		MACRÓLIDOS
eritron	nicina etilsuccinato comprimidos (equiv. E.E.S	.)		-	4		MACRÓLIDOS
eritron	nicina gel			-	2		DERMATOLÓGICOS
eritron	nicina pomada oftálmica			-	2		AGENTES OFTÁLMICOS
ERITE	OMICINA POMADA OFTÁLMICA			-	NC		AGENTES OFTÁLMICOS
eritron	nicina toallitas			-	2		DERMATOLÓGICOS
eritron	nicina solución			-	2		DERMATOLÓGICOS
	nicina comprimidos (equiv. ERYTHROMYCIN)	(todas	las formas, salvo	-	3		MACRÓLIDOS
	nicina comprimidos (equiv. ERY-TAB)			-	4		MACRÓLIDOS
eritron	nicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZA	MYCIN	1)	-	3		DERMATOLÓGICOS
ERZO	FRI INYECTABLE 117 MG/0.75 ML			-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ERZO	FRI INYECTABLE 156 MG/ML			-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ERZO	FRI INYECTABLE 234 MG/1.5 ML			-	NC		ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras min	úsculas		MA	IRCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC M	Exclusión del plan	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio especializada	de farmacia	LD OTC		tribución limitada venta libre
PA SF VAC		QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaqu	ismo	RS ST		stricción a especialistas rapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

¢

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento			Código especi	ial Niv	el Categoría
ERZOFRI INYECTABLE 351 MG/2.25 ML			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ERZOFRI INYECTABLE 39 MG/0.25 ML			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ERZOFRI INYECTABLE 78 MG/0.5 ML			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ESBRIET CÁPSULAS (QL= 9 cápsulas/día)			MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG (QL= 9 compr	imidos/di	ía)	MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG (QL= 3 compr		,	MSP-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ESCAVITE COMPRIMIDOS MASTICABLES	iiiiaoo, a	ia)	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
escitalopram solución (equiv. LEXAPRO)			_	3	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram comprimidos (equiv. LEXAPRO)			-	2	ANTIDEPRESIVOS
ESGIC COMPRIMIDOS			_	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
ESKATA SOLUCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
	OM)		-		
eslicarbazepina acetato comprimidos (equiv. APTI	OIVI)		-	NC	ANTICONVULSIVOS
esomeprazol cápsulas (equiv. NEXIUM)			OTC	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
esomeprazol DR paquete granulado (equiv. NEXII previa para miembros de 9 años en adelante)	JM) (Se	requiere autorizació		4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR GICOS
esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. N	IEXIUM)		OTC	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR GICOS
ESPEROCT INYECTABLE			-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
estazolam comprimidos (equiv. PROSOM)			-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
estrógenos esterificados/metiltestosterona compri	midos (e	quiv. ESTRATEST)	-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRACE COMPRIMIDOS			-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRACE CREMA VAGINAL			-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
estradiol crema (equiv. ESTRACE)			-	2	PRODUCTOS VAGINALES
estradiol parche (equiv. CLIMARA)			-	2	ESTRÓGENOS
estradiol parches (equiv. VIVELLE-DOT, MINIVEL	LE)		-	2	ESTRÓGENOS
estradiol comprimidos (equiv. ESTRACE)	,		-	2	ESTRÓGENOS
estradiol td gel (equiv. DIVIGEL)			-	NC	ESTRÓGENOS
estradiol comprimidos vaginales, yuvafem comprir VAGIFEM) (QL= 8 comprimidos/28 días [18 comp			QL	3	PRODUCTOS VAGINALES
reposición]) estradiol valerato inyectable (equiv. DELESTROG	ENI) (OL :	- E ml/roposición)	QL	3	ESTRÓGENOS
		- 5 mi/reposicion)			
estradiol/noretindrona comprimidos (equiv. ACTIV	ELLA)		-	2	ESTRÓGENOS ESTRÓGENOS
ESTRATEST COMPRIMIDOS			-	NC	ESTRÓGENOS
ESTRING (3 copagos por receta)			-	3	PRODUCTOS VAGINALES
ESTROPIPATE COMPRIMIDOS			-	2	ESTRÓGENOS
estropipate comprimidos (equiv. OGEN)			-	2	ESTRÓGENOS
ESTROSTEP FE COMPRIMIDOS			-	NC	ANTICONCEPTIVOS
eszopiclona comprimidos (equiv. LUNESTA) (QL=	: 1 compi	rimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
etacrínico comprimidos (equiv. EDECRIN)			-	3	DIURÉTICOS
etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL)			-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
etosuximida cápsulas (equiv. ZARONTIN)			-	3	ANTICONVULSIVOS
etosuximida solución (equiv. ZARONTIN)			-	2	ANTICONVULSIVOS
etodolac cápsulas (equiv. LODINE)			-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
etodolac ER comprimidos (equiv. LODINE XL)			-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
etodolac comprimidos			-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras min		_	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio especializada		.D DTC	Distribución limitada De venta libre
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	Límite de cantidad		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nomb	ore del medicamento		Código est	<u>oecial</u>	Nivel Categoría
	ÓSIDO CÁPSULAS		MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
					ANTINIDALEO
	na comprimidos (equiv. INTELENCE)		-	2	ANTIVIRALES
	SA POMADA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
EULEX	(IN CÁPSULAS		-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EVAMI	ST SPRAY		-	NC	ESTRÓGENOS
EVEKE	EO ODT		-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/
					ANOREXIGENOS
EVEKE	EO COMPRIMIDOS		-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXIGENOS
everoli	mus comprimidos (equiv. AFINITOR) (QL= 1	comprimido/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		5.4	-	ADYUVANTES
	mus comprimidos (equiv. ZORTRESS)		PA	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
everoli	mus comprimidos 5 mg (equiv. AFINITOR) (QL= 2 comprimidos/dia)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
	mus comprimidos para suspensión oral (equ comprimido/día)	iv. AFINITOR DISPERZ)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EVIST	A COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
EVIVO	LÍQUIDO		-	NC	ANTIDIARREICOS
	IN ESPUMA		_	NC	DERMATOLÓGICOS
	AZ COMPRIMIDOS		_	3	ANTIVIRALES
	AC CÁPSULAS		_	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
	SDI SOLUCIÓN		<u>-</u>	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
	SDI COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
	INYECTABLE		-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
	INYECTABLE		-		ANTÍDOTOS I ANTAGONISTAS ESPECIFICOS ANTÍDOTOS
			-	NC NC	DERMATOLÓGICOS
	DERM CREMA, SULCONAZOL CREMA DERM SOLUCIÓN		-	4	DERMATOLÓGICOS
		άN	-		
	DERM SOLUCIÓN, SULCONAZOL SOLUCIONAL BAROLLES	JN	-	NC	DERMATOLÓGICOS PSICOTERAPÉUTICOS Y
	ON PARCHES		-	NC	AGENTES NEUROLOGICOS - MISC.
niemb	stane comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 c ros femeninos mayores de 35 años; los dem os con un copago por medicamento genéric	iás miembros están	-	1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
EXENA	ATIDE INYECTĂBLE (EQUIV. BYETTA INYI	ÉCTABLE)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
EXFOR	RGE COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
EXJAD	E COMPRIMIDOS		-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
EXSEF	RVAN PELÍCULA		-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
EΧΤΑ\	/IA INYECTABLE		-	NC	PSICOTERAPEUTICOS Y
					AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
EYSU\	/IS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
EZALL	OR SPRINKLE CÁPSULAS		-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ezetim	iba comprimidos (equiv. ZETIA)		-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
EZETII	MIBA/ATORVASTATINA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ezetim	iba/simvastatina comprimidos (equiv. VYTO	RIN)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	ALTA CÁPSULAS		-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
FABIO	R AEROSOL ESPUMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
FABRA	AZYME INYECTABLE		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	NC = No cubierto	genérico = letras	minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EVO	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIT LE COLLEGE			Distribusión limita
EXC M	Exclusión del plan Beneficio médico	INF Infertilidad MSP Programa obligato especializada	orio de farmacia	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL Límite de cantidad SMKG Abandono del taba		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

primeros 3 meses Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

			Catagoría
Nombre del medicamento	Coaigo esp	ecial Nivel	Categoría
FACTIVE COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
FALESSA KIT	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
FALESSA COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
amciclovir comprimidos (equiv. FAMVIR)	-	3	ANTIVIRALES
amotidina suspensión (equiv. PEPCID)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
amotidina comprimidos (equiv. PEPCID)	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
FANAPT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
FANAPT BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS 1 MG/2 MG/6 MG	/8 MG -	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
FARESTON COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FARXIGA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
FASENRA PLUMA INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FAZACLO ODT 12.5 mg, 25 mg, 100 mg	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
rebuxostat comprimidos (equiv. ULORIC) (La terapia escalonada	requiere la ST	2	AGENTES CONTRA LA GOTA
prueba de alopurinol) FEIBA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
elbamato suspensión (equiv. FELBATOL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
felbamato comprimidos (equiv. FELBATOL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FELDENE CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
felodipina ER comprimidos (equiv. PLENDIL)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
FEM PH GEL	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
CONDONES FEMENINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FEMARA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FEMCON FE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
FEMHRT COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
FEMLYV COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
FEMRING (3 copagos por receta)	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
fenofibrato cápsulas 43 mg, 130 mg (equiv. ANTARA)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
enofibrato comprimidos 67 mg, 134 mg, 200 mg (equiv. LOFIBR	A) -	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS 50 MG, 150	MG -	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenofibrato comprimidos 40 mg, 120 mg (equiv. FENOGLIDE)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenofibrato comprimidos 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg (equiv. ⁻	TRICOR) -	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ácido fenofíbrico DR cápsulas (equiv. TRILIPIX)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFIBRATO COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOFÍBRICO COMPRIMIDOS, FIBRICOR COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FENOGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fenoprofeno calcio cápsulas (equiv. NALFON)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPROFENO CÁPSULAS, NAFLON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPROFENO COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENOPRON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FENTANILO BUCAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
citrato de fentanilo pastilla paleta (equiv. ACTIQ) (QL= 120 pastil	las/30 días) PA-QL	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FENTANILO CITRATO PALETAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	rico = letras minúsculas	MA	RCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	ilidad rama obligatorio de farmacia cializada		tribución limitada venta libre
PA Autorización previa QL Límite	cializada e de cantidad dono del tabaquismo		stricción a especialistas rapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

primeros 3 meses Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nomb	ore del medicamento			Código	espe	cial N	ivel Categoría
fentanil	o parches (equiv. DURAGESIC) (La terapia	escalon	ada requiere pasar po	or un	ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
opioide	IRopioide IR si no ha utilizado opioides ante	es [depe	endencia de opioides l	ER])			
fentanil	o parches 37.5 mcg, 62.5 mcg, 87.5 mcg (e	quiv. FE	NTANILO)		-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FENTO	ORA COMPRIMIDOS				-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FEON	/X COMPRIMIDOS				-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FERIV/	A 21/7 COMPRIMIDOS				-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ferrex 1	150 forte cápsulas				-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FERRE	EX 28 COMPRIMIDOS				-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
CITRA [*]	TO FÉRRICO COMPRIMIDOS				-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FERRII 758-70	PROX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a 71)	a través	de Ferriprox Total Ca	re 866-	LD-PA	5	ANTÍDOTOS
	PROX COMPRIMIDOS 1000 MG (Únicamer are 866-758-7071)	nte dispo	onible a través de Fer	riprox	LD-PA	5	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
FERRII	PROX COMPRIMIDOS 1000 MG (DOS VEC	CES AL	DÍA)		-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
	PROX COMPRIMIDOS 500 MG		,		-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
	D-PLEX COMPRIMIDOS				-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	ferroso elixir				OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	TO FERROSO LÍQUIDO				OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	ferroso solución				OTC	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	odina fumarato ER comprimidos (equiv. TO\	/(4.7)			-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
	MA CÁPSULAS	/ I///			-	NC	ANTIDEPRESIVOS
	MA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS				-	NC	ANTIDEPRESIVOS
	FLEXTOUCH INYECTABLE				-	NC	ANTIDEPRESIVOS ANTIDIABÉTICOS
							ANTIDIABÉTICOS
	INYECTABLE	2 D 4 D 4	DOMBA		-	NC	
	PENFILL INYECTABLE, FIASP CARTUCHO	J PARA	BUIVIBA		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
	CÁPSULAS				-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
	GA, RIASTAP INYECTABLE				-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
	nicina comprimidos (equiv. DIFICID) (QL= 20			apia	QL-ST	3	MACRÓLIDOS
FILSP/	nada requiere prueba de vancomicina cápsu ARI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día:	; únicam	ente disponible a trav	rés de	LD-PA-	5	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
	Frontier 855-768-9727 o Caremark/CVS Sp	ecialty 8	300-378-0695)		QL		,
	/EZ GEL				-	NC	DERMATOLÓGICOS
	EA ESPUMA				-	NC	DERMATOLÓGICOS
FINACI	EA GEL				-	NC	DERMATOLÓGICOS
finaster	rida comprimidos (equiv. PROSCAR)				-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
finaster	rida comprimidos (equiv. PROPECIA)				-	EXC	DERMATOLÓGICOS
_	nod hcl cápsulas 0.5 mg (equiv. GILENYA)				MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
FINTER	PLA SOLUCIÓN				-	NC	ANTICONVULSIVOS
FIORIC	CET CÁPSULAS				-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
FIORIC	CET/CODEÍNA CÁPSULAS				-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FIORIN	IAL CÁPSULAS				-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
FIORIN	IAL/CODEÍNA CÁPSULAS				-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
FIRAZ'	YR INYECTABLE				-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
844-28	PSE COMPRIMIDOS (Únicamente disponib 8-5007)	le a trav	és de AnovoRx		LD-PA	5	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
FIRST	METRÓNIDAZOL SUSPENSIÓN				-	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FIRST	ENJUAGUE BUCAL BLM				-	4	AGENTES PARA LA
FIDOT	OMEDDA ZOL OLIODENIOJÓNI					NO	BOCA/GARGANTA/DIENTES
FIRST	OMEPRAZOL SUSPENSION				-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÜLCERA
	NC = No cubierto		genérico = letras minús	sculas			MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan	INF	Infertilidad			LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de especializada	e farmacia		OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad			RS	Restricción a especialistas
SF VAC	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses Programa de vacunación	SMKG ¢	Abandono del tabaquisi RxCENTS	mo		ST	Terapia escalonada
VAC	i rograma de vacunación	Ψ	INCLINIO				

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento		Código especial	Nivel	Categoría
FIRST PANTOPRAZOLE SUSPENSIÓN		-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
FIRVANQ SOLUCIÓN 25 MG/ML		-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FIRVANQ SOLUCIÓN 50 MG/ML		_	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAGYL CÁPSULAS		_	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAGYL COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
FLAREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA			NC	AGENTES OFTÁLMICOS
flavoxato comprimidos (equiv. URISPAS)			4	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
flecainida comprimidos (equiv. TAMBOCOR)		-	2	ANTIARRÍTMICOS
FLEQSUVY SUSPENSIÓN		-	NC	AGENTES DE TERAPIA
PLEQ30VI 303PENSION		-	NC	MUSCULOESQUELÉTICA
FLOLIPID SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa años en adelante)	para miembros de 9	PA	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
FLOMAX CÁPSULAS		-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL		OTC	3	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
FLO-PRED SUSPENSIÓN		-	NC	CORTICOSTEROIDES
FLORIVA COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
FLORIVA PLUS GOTAS		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
FLOVENT INHALADOR DISKUS		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLOVENT HFA INHALADOR		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUAD INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)		QL-VAC	1	VACUNAS
FLUBLOK INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)		QL-VAC	1	VACUNAS
FLUCELVAX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)		QL-VAC	1	VACUNAS
fluconazol suspensión (equiv. DIFLUCAN)		-	2	ANTIFÚNGICOS
fluconazol comprimidos (equiv. DIFLUCAN)		-	2	ANTIFÚNGICOS
flucitosina cápsulas (equiv. ANCOBON)		-	3	ANTIFÚNGICOS
fludarabina inyectable		-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
fludrocortisona comprimidos (equiv. FLORINEF)		-	2	CORTICOSTEROIDES
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE (QL=	1 inv./28 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
FLUMADINE COMPRIMIDOS	, ,	-	NC	ANTIVIRALES
FLUMIST NASAL (QL= 1 dosis/28 días)		QL-VAC	1	VACUNAS
flunisolida solución nasal (QL= 2 frascos/reposición)		QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
acetónido de fluocinolona crema		-	2	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona aceite (equiv. DERMA-SMOOTI	H/FS)	-	3	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona pomada		-	2	DERMATOLÓGICOS
acetónido de fluocinolona solución		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC)		-	3	AGENTES ÓTICOS
fluocinonida crema 0.05% (equiv. LIDEX)		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida crema 0.1% (equiv. VANOS CREMA)		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida crema emoliente		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida gel		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida pomada		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluocinonida solución		-	2	DERMATOLÓGICOS
FLUOPAR KIT		-	NC	DERMATOLOGICOS
NC = No cubierto	genérico = letras min	úsculas	MA	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF M Beneficio médico MSP	Infertilidad Programa obligatorio	LD de farmacia OTC		stribución limitada venta libre

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS	
	NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento			Código espec	ial Nive	I Categoría
FLUORABON SOLUCIÓN (\$0 de copago para mie			-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
los demás miembros están cubiertos con un copaç FLUORAC CREMA	go de ma	rca preferida)	_	NC	DERMATOLÓGICOS
FLUORIDEX PASTA PARA SENSIBILIDAD			-	2	AGENTES PARA LA
			-		BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluorometolona solución oftálmica (equiv. FML LIQ	UIFILM)		-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
fluorouracilo crema (equiv. EFUDEX CREMA)			-	2	DERMATOLÓGICOS
FLUOROURACILO CREMA 0.5 %			-	4	DERMATOLÓGICOS
FLUOROURACILO SOLUCIÓN			-	3	DERMATOLÓGICOS
fluorouracilo solución (equiv. FLUOROURACILO)			-	3	DERMATOLÓGICOS
FLUOVIX PAK			-	NC	DERMATOLÓGICOS
fluoxetina cápsulas (equiv. PROZAC)			-	2	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina cápsulas (equiv. SARAFEM)			-	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
FLUOXETINA CÁPSULAS (PMDD)			-	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLOGICOS - MISC.
fluoxetina solución (equiv. PROZAC)			-	2	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina comprimidos (equiv. PROZAC)			_	2	ANTIDEPRESIVOS
FLUOXETINA COMPRIMIDOS			_	4	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetina cápsulas semanales (equiv. PROZAC)			_	NC	ANTIDEPRESIVOS
flufenazina decanoato inyectable			_	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
flufenazina decandato inyectable flufenazina comprimidos (equiv. PROLIXIN)			-	2	ANTIPSICOTICOS/ANTIMANÍACOS ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			-		
FLURANDRENOL LOCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS DERMATOLÓGICOS
flurandrenolida crema (equiv. CORDRAN)			-	NC	
flurandrenolida pomada (equiv. CORDRAN) FLURAZEPAM CÁPSULAS			-	NC	DERMATOLÓGICOS HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL
			-	NC	SUEÑO
FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
FLURBIPROFENO COMPRIMIDOS			-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
flurbiprofeno comprimidos (equiv. ANSAID)			-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
FLUTAMIDA CÁPSULAS			-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
flutamida cápsulas (equiv. EULEXIN)			-	3	ANTINEOPLASICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FLUTICASONA DISKUS INHALADOR			-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO RESPIRACIÓN 100 MCG/AC) ACTIV	ADO POR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y
REDITION TO MODIAC					BRONCODILATADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO RESPIRACIÓN 200 MCG/AC) ACTIV	ADO POR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POLVO) ACTIV	ADO POR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
RESPIRACIÓN 50 MCG/ACT					,
FLUTICASONA HFA INHALADOR			-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUTICASONA LOCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
fluticasona spray nasal (equiv. FLONASE) (QL= 2	frascos/r	reposición)	QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
propionato de fluticasona crema (equiv. CUTIVATE	Ξ)		-	2	DERMATOLÓGICOS
propionato de fluticasona loción (equiv. CUTIVATE	Ξ)		-	NC	DERMATOLÓGICOS
propionato de fluticasona pomada (equiv. CUTIVA	TE)		-	2	DERMATOLÓGICOS
fluticasona/salmeterol inhalador, wixela inhalador (equiv. A	DVAIR)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y
					BRONCODILATADORES
NC = No cubierto		genérico = letras mir	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	IN IE	1.6 (22.1.1.1			
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio		LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA Autorización previa	QL	especializada Límite de cantidad	1	RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaqu			Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

Nombre del medicamento

FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 113-14 MCG/ACT

FLUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 232-14 MCG/ACT

FLUTIC	ASONA-SALMETEROL INHALADOR 232-14	1	=	2	ANTIASMATICOS I BRONCODILATADORES	
FLUTIC	.UTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 55-14 MCG/ACT -				2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUTIC	ASONA-VILANTEROL INHALADOR 100-25 N	ICG/ACT		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FLUTIC	ASONA-VILANTEROL INHALADOR 200-25 N	ICG/ACT		-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
fluvasta	atina cápsulas (equiv. LESCOL)			-	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
fluvasta	atina ER comprimidos (equiv. LESCOL XL)			-	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	mina ER cápsulas (equiv. LUVOX CR) (Terapia de citalopram, escitalopram, sertralina, fluoxeti			ST	3	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxa	mina comprimidos (equiv. LUVOX)			-	2	ANTIDEPRESIVOS
FLUZO	NE ALTA DOSIS PF INYECTABLE (QL= 1 iny.	./28 días)		QL-VAC	1	VACUNAS
FML FC	ORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
FML LIG	QUIFLIM SUSPENSIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
FML S.	O.P. POMADA OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
FOCAL	IN COMPRIMIDOS			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
FOCAL	IN XR CÁPSULAS			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
FOLBE	E PLUS CZ COMPRIMIDOS			-	2	MULTIVITAMÍNICOS
olbee o	comprimidos (equiv. FOLGARD RX)			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FOLGA	RD RX COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	ólico comprimidos 1 mg (\$0 de copago solo par miembros están cubiertos con un copago por n			-	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ácido fć	olico comprimidos 400 mcg (Cubierto solo para	miembro	s femeninos)	OTC	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	olico comprimidos 800 mcg (Cubierto solo para		,	OTC	1	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	A-V COMPRIMIDOS		,	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
	COMPRIMIDOS			_	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FOLLIS	TIM AQ INYECTABLE			INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FOLTA	NX COMPRIMIDOS			-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
FOLVIT	E-FE COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
fondapa	arinux inyectable (equiv. ARIXTRA)			-	3	ANTICOAGULANTES
•	/O XL COMPRIMIDO			-	NC	ANTIDEPRESIVOS
formote	rol fumarato solución para nebulizar (equiv. PE	ERFORO	MIST)	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
FORTE	O INYECTABLE			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FOSAM	MAX COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
FOSAM	MAX+D COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
fosamn	renavir comprimidos (equiv. LEXIVA)			-	2	ANTIVIRALES
•	cina trometamol polvo en paquete (equiv. MON	NUROL)		-	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
	ril comprimidos (equiv. MONOPRIL)	J		-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
	NC = No cubierto		genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
					LD I	Distribución limitada
	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio	de farmacia		De venta libre
EXC M PA SF	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan				OTC I	

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	_Categoría
fosinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MONOPRIL HCT)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
FOSRENOL COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FOSRENOL POLVO EN PAQUETE	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
FOTIVDA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FRAGMIN INYECTABLE	-	NC	ANTICOAGULANTES
FRAICHE 5000 SENSITIVE GEL	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
FREESTYLE FREEDOM LITE MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previexcepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	aQL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS) (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando insulina actualmente)	QL-ST	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LITE MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FREESTYLE PRECISION NEO MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
FREESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FREESTYLE TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
FROVA COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
frovatriptán comprimidos (equiv. FROVA)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG (QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG (QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
FULPHILA INYECTABLE	MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS, GRISEOFULVINA ULTRA MICRO COMPRIMIDOS	} -	NC	ANTIFÚNGICOS
FUROSCIX KIT (QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-6633)	LD-QL	5	DIURÉTICOS
FUROSEMIDA SOLUCIÓN	-	2	DIURÉTICOS
furosemida solución (equiv. LASIX)	-	2	DIURÉTICOS
furosemida comprimidos (equiv. LASIX)	-	2	DIURÉTICOS
FUZEON INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
FYCOMPA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
FYLNETRA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
gabapentina (una vez al día) comprimidos (equiv. GRALISE)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
gabapentina cápsulas (equiv. NEURONTIN) (QL= 9 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
gabapentina solución (equiv. NEURONTIN) (QL= 72 ml/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
gabapentina comprimidos 600 mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 6 comprimidos/día	a) QL	2	ANTICONVULSIVOS
gabapentina comprimidos 800mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 4.5 comprimidos/d		2	ANTICONVULSIVOS
GABAPENTINA/NAPROXENO CREMA KIT COMPUESTO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GABARONE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
GABITRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
GALAFOLD CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
galantamina ER cápsulas (equiv. RAZADYNE ER)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GALANTAMINA SOLUCIÓN	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
galantamina comprimidos (equiv. RAZADYNE)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GALZIN CÁPSULAS	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
GARDASIL 9 INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
GASTROCROM CONCENTRADO	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
gatifloxacina solución oftálmica (equiv. ZYMAXID)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
GATTEX KIT	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
GAVILYTE-C SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de entre 45-75 años; lo demás miembros cubiertos con copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	os QL	1	LAXANTES
GAVRETO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GEAMETDRAY GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
gefitinib comprimidos (equiv. IRESSA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GELCLAIR GEL	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
GELNIQUE	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
gemfibrozilo comprimidos (equiv. LOPID)	-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
GEMTESA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
GEN7T LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GEN7T PLUS LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GEN7T PLUS PARCHES	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GENOTROPIN INYECTABLE	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG	MSP-PA	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GENTAK POMADA OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
gentamicina solución oftálmica (equiv. GARAMYCIN)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfato de gentamicina crema	-	2	DERMATOLÓGICOS
sulfato de gentamicina pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
GENVOYA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
GEODON CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
GIALAX KIT	-	NC	LAXANTES
gianvi comprimidos, ocella comprimidos (equiv. YASMIN, YAZ)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GILENYA CÁPSULAS 0.5 MG	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NC = No cubierto genérico = letras NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad			ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS istribución limitada

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	_ Categoría
GILOTRIF COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GIMOTI SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
glatiramer iny. (equiv. COPAXONE)	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GLEEVEC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GLEOSTINE/LOMUSTINA CÁPSULAS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
glimepirida comprimidos (equiv. AMARYL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLIMEPIRIDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
glipizida ER comprimidos (equiv. GLUCOTROL XL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
glipizida comprimidos (equiv. GLUCOTROL)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLIPIZIDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLOPERBA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGEN INYECTABLE	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
glucagón (ADNr) para kit de inyección (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGÓN DIAGNÓSTICO INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GLUCOCARD 01 KIT DE GLUCÓMETRO C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD 01-MINI KIT DE GLUCOSA C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD EXPRESSION KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD EXPRESSION TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD SHINE CONNEX KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD SHINE EXPRESS KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD SHINE TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD SHINE KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD VITAL KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOCARD VITAL TIRAS REACTIVAS	-	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
GLUCOCARD X-METER KIT C/DISPOSITIVO	-	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
GLUCOPHAGE XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
GLUCOTROL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
GLUCOTROL XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
GLYBURID MCR COMPRIMIDOS	-	2	ANTIDIABÉTICOS
gliburida comprimidos (equiv. MICRONASE)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
gliburida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
GLYCATE COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
GLYCATE COMPRIMIDOS, GLICOPIRROLATO COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
glicopirrolato solución oral (equiv. CUVPOSA)	-	4	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS
glicopirrolato comprimidos (equiv. ROBINUL)	-	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

		Missal	Catamaría
Nombre del medicamento	Código especial	Nivei	<u>Categoría</u>
GLYGEST PAK	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE
			GESTIÓN ALIMENTICIA
GLYNASE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
GLYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GOCOVRI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
GOLYTELY SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
GOMEKLI CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GOMEKLI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
GONAL-F RFF INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GONAL-F RFF INYECTABLE, GONAL-F INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
GONITRO POLVO	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
POMADA DE UREA 40% GORDON'S	-	NC	DERMATOLÓGICOS
GRALISE PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
GRALISE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
granisetrón comprimidos (equiv. KYTRIL) (QL= 14 comprimidos/reposición)	QL	2	ANTIEMÉTICOS
GRANISOL SOLUCIÓN (QL= 60ml/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
GRANIX INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
GRASTEK SL COMPRIMIDOS	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
griseofulvina micro comprimidos (equiv. GRIFULVIN V)	-	3	ANTIFÚNGICOS
griseofulvina suspensión (equiv. GRIFULVIN)	-	3	ANTIFÚNGICOS
griseofulvina comprimidos (equiv. GRIS-PEG)	-	3	ANTIFÚNGICOS
GRIS-PEG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
GUAIFENESINA JARABE	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina comprimidos (equiv. ALLFEN JR)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición)	OTC-QL	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición)	OTC-QL	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guaifenesina-DM líquido oral (equiv. ROBITUSSIN)	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
guanfacina ER comprimidos (equiv. INTUNIV)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
guanfacina IR comprimidos (equiv. TENEX)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
GUANIDINA COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
GVOKE INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GVOKE KIT DE INYECCIÓN (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GVOKE PFS INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
GYNAZOLE CREMA	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
HADLIMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA PUSH INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HAEGARDA INYECTABLE (Unicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, OptionCare 972-536-7355, Optum 877-445-6874, Orsini 800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
halcinónido crema (equiv. HALOG)	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización 9/11/2025

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

primeros 3 meses

Programa de vacunación

HALCION COMPRIMIDOS		-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DE SUEÑO
HALOBETASOL AEROSOL		-	NC	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato crema (equiv. ULTRA	AVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato espuma (equiv. LEX	ETTE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionato pomada (equiv. ULT	RAVATE)	-	3	DERMATOLÓGICOS
HALOG CREMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
HALOG POMADA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
HALOG SOLUCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
nalonate pac kit (equiv. ULTRAVATE KIT)		-	NC	DERMATOLÓGICOS
naloperidol decanoato inyectable (equiv. HA	LDOL)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
naloperidol lactato concentrado (equiv. HAL	DOL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
naloperidol lactato inyectable (equiv. HALDO	•	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
naloperidol comprimidos (equiv. HALDOL)	,	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
HARLIKU COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS MISC.
HARVONI PAQUETE DE GRÁNULOS		-	NC	ANTIVIRALES
HARVONI COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIVIRALES
IAVRIX INYECTABLE, VAQTA INYECTAB	LE	VAC	1	VACUNAS
IC BUTIRATO CREMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
IC BUTIRATO SOLUCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
IC PRAMOXINA CREMA 1-2.5%		-	NC	DERMATOLÓGICOS
IC/PRAMOXINA CREMA 1-2.35%		-	NC	DERMATOLÓGICOS
HC-LIDOCAÍNA CREMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
HECTOROL CÁPSULAS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS MISC.
HELIDAC PAQUETE		-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
HEMANGEOL SOLUCIÓN		-	NC	BETA BLOQUEADORES
IEMLIBRA INYECTABLE		MSP-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
HEMOFIL M, KOATE INYECTABLE		-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
eparina porcina inyectable		-	NC	ANTICOAGULANTES
HEPLISAV-B INYECTABLE		VAC	1	VACUNAS
HERNEXEOS COMPRIMIDOS		-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
HETLIOZ CÁPSULAS		-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DE SUEÑO
HETLIOZ SUSPENSIÓN		-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DE SUEÑO
HEXALEN CÁPSULAS		-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
HIPREX COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
HIXDEFRIMA SOLUCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
HIZENTRA INYECTABLE		MSP-PA	5	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
HOMATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
HORIZANT COMPRIMIDOS		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
HULIO INYECTABLE (adalimumab-fkjp)		-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HULIO KIT (adalimumab-fkjp)		-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia		Distribución limitada De venta libre
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días primeros 3 meses	QL oor los SMKG	especializada Límite de cantidad Abandono del tabaquismo		Restricción a especialistas Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización 9/11/2025

			Oluma actualiza			
Nomb	re del medicamento			Código espec	ial Nive	l Categoría
HUMAL	OG JR KWIKPEN INYECTABLE			-	3	ANTIDIABÉTICOS
	OG KWIKPEN INYECTABLE			-	3	ANTIDIABÉTICOS
	OG MIX INYECTABLE			-	3	ANTIDIABÉTICOS
	OG MIX KWIKPEN, INSULINA LISPRO MIX	K/WIKI	PEN	_	3	ANTIDIABÉTICOS
	OG PLUMA INYECTABLE	. IXVVIIXI	LIV	-	3	ANTIDIABÉTICOS
	OG TEMPO PLUMA			_	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN CÁPSULAS			-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
	ROPE INYECTABLE, ZOMACTON INYECT	ADI E		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
HUMAI	ROPE INTECTABLE, ZOMACTON INTECT	ADLE		-	INC	MISC.
	A INYECTABLE 10 mg (QL = 2 jeringas/28 d			MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	A INYECTABLE 20 mg (QL = 2 jeringas/28 d			MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	A INYECTABLE 40 MG (QL = 2 jeringas/28 c			MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIR	A INYECTABLE 80 MG (QL= 2 jeringas/28 d	ías)		MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	A INYECTABLE CROHN/UC/HIDRADENITIS uete/reposición, 1 reposición/año del plan)	S PAQI	JETE DE INICIO (QL	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIR	A INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PA Ireposición, 1 reposición/año del plan)	QUETE	E DE INICIO (QL = 1	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIR	A INYECTABLE PEDIÁTRICO UC PAQUETI /reposición, 1 reposición/año del plan)	E DE IN	NICIO (QL = 1	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
HUMIR	A INYECTABLE PSORIASIS/UVEÍTIS PAQU /reposición, 1 reposición/año del plan)	JETE D	E INICIO (QL = 1	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	A PLUMA INYECTABLE 40 mg (QL = 2 plum	nas/28 (días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	IN MIX INYECTABLE	100/20	aido)	OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN MIX PLUMA INYECTABLE			OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN N INYECTABLE			OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN N PLUMA INYECTABLE			OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN R INVESTABLE			OTC	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN R INYECTABLE U-500			-	3	ANTIDIABÉTICOS
	IN R U-500 KWIKPEN INYECTABLE			-	3	ANTIDIABÉTICOS
	SEAL MIS SNAP			-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
	ITIN CÁPSULAS			MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS
	DEX SOLUCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
HYCOE	AN JARABE			-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
	ENIX SOLUCIÓN			-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HYD PO	DL/CPM SUSPENSIÓN (QL= 120 ml/reposic	ión; 2 r	eposiciones/30 días)	QL	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
hidralaz	ina comprimidos (equiv. APRESOLINE)			-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
HYDRE	A CÁPSULAS			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroclo	rotiazida cápsulas (equiv. MICROZIDE)			-	2	DIURÉTICOS
	rotiazida comprimidos (equiv. HYDRODIURI	L)		-	2	DIURÉTICOS
	CODONA BITARTRATO ER CÁPSULAS	_,		-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
HIDRO	CODONA BITARTRATO ER COMPRIMIDOS			QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
antes [c	escalonada requiere el paso por opioide IR s lependencia de opioides ER])			01.07		
	dona bitartrato er comprimidos (equiv. HYSIN nido/día; la terapia escalonada requiere pasa			QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
utilizado	o opioides antes [dependencia de opioides E	R])				
hidroco	dona/acetaminofeno cápsulas (equiv. LORCI	ET)		-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidroco	dona/acetaminofeno solución (equiv. HYCET	, LOR1	AB)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	dona/acetaminofeno solución 10-325 mg/15			-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidroco	dona/acetaminofeno comprimidos (equiv. LO	RTAB)		-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
		,				
	NC = No cubierto		genérico = letras minú	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EVC	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIT	I £ 4:1: I			Distribusión limitada
EXC M		INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de		LD OTC	Distribución limitada De venta libre
141	Estisticio medico	.,,,,,,,	especializada	o rannaola '	010	20 Volita libio
PA SF		QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquis		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

primeros 3 meses
Programa de vacunación

Última actualización 9/11/2025

Nomb	re del medicamento			Código espec	<u>cial Ni</u>	vel	Categoría
hidrocoo	dona/acetaminofeno comprimidos 10 mg-300 r	ng (equiv	v. XODOL)	-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocoo	dona/acetaminofeno comprimidos 2,5-325 mg	(equiv. N	ORCO)	-	4		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	dona/acetaminofeno comprimidos 5 mg-300 m			-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	dona/acetaminofeno comprimidos 7.5 mg-300			-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocoo	dona/clorfeniramina CR suspensión (equiv. TU sición; 2 reposiciones/30 días)		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	QL	4		TOS/RESFRÍO/ALERGIA
	dona/clorfeniramina/pseudoefedrina líquida (ec 20 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días)	quiv. ZUT	RIPRO)	QL	4		TOS/RESFRÍO/ALERGIA
hidrocoo	dona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN)			-	2		TOS/RESFRÍO/ALERGIA
HIDRO	CODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS			-	4		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocoo	dona/ibuprofeno comprimidos (equiv. VICOPR	OFEN)		-	4		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	CODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDOS 10-2			-	4		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidrocor	tisona butirato crema (equiv. LOCOID)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA BUTIRATO LIPÍDICA CREMA			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona butirato lipocrema (equiv. LOCOID)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA BUTIRATO POMADA			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona butirato pomada (equiv. LOCOID)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona butirato solución (equiv. LOCOID)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA CREMA			-	2		PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
hidrocor	tisona crema (equiv. PROCTOCORT)			-	2		DERMATOLÓGICOS
	tisona enema (equiv. CORTENEMA)			-	3		AGENTES ANORRECTALES
	tisona loción (equiv. HYTONE)			-	2		DERMATOLÓGICOS
	tisona loción (equiv. LOCOID)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona loción 2% (equiv. ALA SCALP)			_	NC		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA LOCIÓN 2.5%			_	2		DERMATOLÓGICOS
	tisona pomada			-	2		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA PAQUETE			_	NC		DERMATOLÓGICOS
hidrocor	tisona succinato inyectable 1000 mg (equiv. S reposición)	OLU-CO	RTEF) (QL= 2	QL	3		CORTICOSTEROIDES
	tisona supositorios (equiv. ANUSOL HC)			-	NC		AGENTES ANORRECTALES
	tisona comprimidos (equiv. CORTEF)			-	2		CORTICOSTEROIDES
	tisona valerato crema			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona valerato pomada (equiv. WESTCORT)			-	NC		DERMATOLÓGICOS
	tisona/pramoxina crema 2.5-1% (equiv. PRAM	OSONE)	-	NC		DERMATOLÓGICOS
	CORTISONA/PRAMOXINA SUPOSITORIOS	.000.12	,	-	NC		PRODUCTOS ANORRECTALES Y
	rfona ER comprimidos (equiv. EXALGO) (QL=	1 compr	imido/día; la terapia	QL-ST	4		RELACIONADOS ANALGÉSICOS - OPIOIDES
escalon [depend	ada requiere el paso por opioide IR si nó ha ut encia de opioides ER])						
	MORFONA SUPOSITORIOS			-	NC		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidromo	rfona comprimidos (equiv. DILAUDID)			-	2		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
hidroqui	nona crema (equiv. LUSTRA)			-	EXC		DERMATOLÓGICOS
hidroxic	oroquina comprimidos (equiv. PLAQUENIL)			-	2		ANTIMALÁRICOS
HYDRO	XYM GEL			-	NC		DERMATOLÓGICOS
CAPRO	ATO DE HIDROXIPROGESTERONA INYECT	ABLE		-	NC		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroxip	rogesterona inyectable (equiv. MAKENA)			MSP-PA	4		PROGESTINAS
hidroxiu	rea cápsulas (equiv. HYDREA)			-	2		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
hidroxiz	na pamoato cápsulas (equiv. VISTARIL)			-	2		AGENTES ANTIANSIEDAD
	KIZINA PAMOATO CÁPSULAS 100 MG			-	2		AGENTES ANTIANSIEDAD
hidroxiz	na jarabe (equiv. ATARAX)			-	2		AGENTES ANTIANSIEDAD
	NC = No cubierto		genérico = letras min	núsculas		MA	RCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC M	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio especializada	de farmacia	LD OTC		tribución limitada venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaqu	ismo	RS ST		stricción a especialistas apia escalonada
VAC	Programa de vacunación	d:	RxCFNTS				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

hidroxizina comprimidos (equiv. ATARXX) - 2 AGENTES ANTIANSIEDAD hidroxizina comprimidos (equiv. CLEVSIN) - NC ANTISÉPTICOS Y DESINFECTAI HYLIAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS NC DERMATOLÓGICOS HYMANEND GEL PRIMEROS AUXILIOS NC DERMATOLÓGICOS HYMANEND GEL PRIMEROS AUXILIOS NC DERMATOLÓGICOS HYMOPAUSI INYECTABLE NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - I HYOPHEN COMPRIMIDOS NC BERDICAMBENTOS PARA AUXILIOS NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - I HYOPHEN COMPRIMIDOS NC BEDICAMBENTOS PARA BEDICAMBENTOS PAR	
Walgreens 888-347-3416) HYLAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS - NC ANTISÉPTICOS Y DESINFECTAL HYLIANEL DCIÓN - NC DERMATOLÓGICOS - HYLAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS - NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - HYOPHEN COMPRIMIDOS - NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - HYOPHEN COMPRIMIDOS - NC AGENTES ANTINIFECCIOSOS - HIOSCIAMINA INYECTABLE - NC AGENTES ANTINIFECCIOSOS - MEDICAMENTOS PARA LUCERAS/ANTIESPAS/MÓDICOS ÉRGICOS sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina of lequiv. ANASPAZ) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLC: hiosciamina elixir (equiv	
HYUNATE LOCIÓN	
HYMPAVZI INYECTABLE HYOPHEN COMPRIMIDOS HOSCIAMINA INYECTABLE C C C C C C C C C C C C C C C C C C	TES
HYOPHEN COMPRIMIDOS HIOSCIAMINA INYECTABLE 2 NC MEDICAMENTOS PARA ULCI SUlfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID) 5 Ulci ERRAS/ANTIESPASMODICOS ERCICOS Sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) 5 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) 6 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) 7 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) 8 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina Solución (equiv. LEVSIN) 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI Sulfato de hiosciamina Solución (equiv. LEVSIN) 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR 9 NC MEDICAMENTOS PARA LA ULCI HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR 9 NC AGENTES INMUNIZANTES PASI HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 9 NC AGENTES INMUNIZANTES PASI HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 9 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 10 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 10 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 10 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 10 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRIMOZ PIS INYECTABLE (adalimumab-adaz) 10 NC ANALCÉSICOS - ANTIINELAMAT 10 NC	
HIOSCIAMINA INYECTABLE sulfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID) sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina oDT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina DT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina Sulcoión (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina de hiotciamina Sulcoión (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina de hiotciamina Sulcoión (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina de hiotciamina de livit. Eval Livit. culfato de hiosciamina de hiotciamina Sulcoión (equiv. LEVSIN) culfato de hiosciamina de hiotciamina comprimidos culfato de hiosciamina de livit. culfato de hiosciamina de l	
sulfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVBID) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina of (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina SC comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) - 3 MALGÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRINOZ PES INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINELAMAT HYRINOZ PES INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINELAMAT HINELAMAT LINELAMAT LINEL	ЛISC.
sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN) sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina Solución (equiv. LEVSIN)	/ANTICOLIN
sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ) sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) - sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) - DE MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI MIDICAMENTOS	RA.
sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN) - Sulfato de hiosciamina Solución (equiv. LEVSIN) - Sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - Sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN) - WEDICAMENTOS PARA LA ÚLCI HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRIO/ALERGIA HYQUAI INYECTABLE - NC AGENTES INMUNIZANTES PASI HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZAAR COMPRIMIDOS - IBRANCE CÁPSULAS - IBRANCE CÁPSULAS - IBRANCE CÓPSULAS - IBRANCE CÓPSULAS - IBRANCE CÓPSULAS - IBRANCE CÓPSULAS - IBRANCE COMPRIMIDOS - IBRANCE CÓPTICA ANTIINFLAMAT Ibuprofeno comprimidos - IBRANCE COMPRIMIDOS - IBRANCE COMPRIMIDOS - IBRANCE CÓPTICA ANTIINFLAMAT Ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - IBRANCE COMPRIMIDOS - IBRANCE CÓPTICA ANTIINFLAMAT Ibuprofeno comprimidos (Únicamente disponible a través de AcariaHealth Ibuprofeno comprimidos (Únicamente disponible a través de Acari	:RA
sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN)	:RA
hiosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN) HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR ONC TOS/RESTRIO/ALERGIA HYQVAI NIVECTABLE HYQVAI NIVECTABLE (adalimumab-adaz) HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) HYRIMOZ PFS INVYECTABLE (adalimumab-adaz) HYZAAR COMPRIMIDOS NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZAAR COMPRIMIDOS BRANCE CÁPSULAS BRANCE CÁPSULAS BRANCE CÓMPRIMIDOS NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES BRELA COMPRIMIDOS NC AGENTES GASTROINTESTINAL BROJEZI COMPRIMIDOS NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES BIBLE A COMPRIMIDOS NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT BUPOr feno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT BUPOr feno comprimidos NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT BUPOr feno COMPRIMIDOS NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT BUPOR FONO COMPRIMIDOS NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - B DATINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES NC AGENTES HEMATO	:RA
HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR HYQVA INYECTABLE HYQVA INYECTABLE (adalimumab-adaz) HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) HYZAAR COMPRIMIDOS Ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL= 1 comprimido/30 días) BRANCE CÁPSULAS IBRANCE CÁPSULAS IBRANCE CÓMPRIMIDOS IBRANCE COMPRIMIDOS IBRANCE CÓMPRIMIDOS IBRANCE CÁMPRIMIDOS IBRANCE CÓMPRIMIDOS IBRANCE CÁMPRIMIDOS (ÚNICAMENTE CON RECEA) IBRANCE CÓMPRIMIDOS IBRANCE CÁMPRIMIDOS (ÚNICAMENTE CON RECEA) IBRANCE CÓMPRIMIDOS (ÚNICAMENTE CON RECEA) IBRANCE CÓMPRIMIDOS (ÚNICAMENTE CON RECEA) IBRANCE CÁMPRIMIDOS (ÚNICAMENTE CON RECEA ANTI	:RA
HYQVIA INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC AGENTES INMUNIZANTES PASI HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZARA COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL=1 comprimido/30 días) QL 2 AGENTES ENDOCRINOS Y MET MISC. IBRANCE CÁPSULAS - NC ANTIHOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTIHOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente disponible a través de AcariaHealth ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina co	:RA
HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZAAR COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL=1 comprimido/30 días) QL 2 AGENTES ENDOCRINOS Y MET MISC. IBRANCE CÁPSULAS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos (Únicamente disponible a través de AcariaHealth catibant inyectable (equiv. FIRAZYR) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NAULGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NAULGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NOTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NOTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - NOTIINFLAMAT icatibant inyectable	
HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZAAR COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL=1 comprimido/30 días) QL 2 AGENTES ENDOCRINOS Y MET MISC. IBRANCE CÁPSULAS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBSRELA COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBUTOCOMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANTIINFLAMAT	/OS
HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT HYZAAR COMPRIMIDOS - NC ANTIINFERTENSIVOS ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL= 1 comprimido/30 días) QL 2 AGENTES ENDOCRINOS Y MET MISC. IBRANCE CÁPSULAS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC AGENTES ENDOCRINOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBSRELA COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBSTROZI COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBUTORO COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBUTORO COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANTIINFLAMA	ORIOS
ibandronato comprimidos 150 mg (equiv. BONIVA) (QL=1 comprimido/30 días) QL BRANCE CÁPSULAS	ORIOS
IBRANCE CÁPSULAS IBRANCE CÓMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBSRELA COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) CLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT iDELVION INYECTABLE DACIO INYECTABLE - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día) MSP-PA-QL ANGENTES OFTÁLMICOS	
IBRANCE COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBSRELA COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINAL IBTROZI COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDALOI INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL - NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - N ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IDELVION INYECTABLE - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) NSP-PA-QL - NC AGENTES HEMATOLÓGICOS - N ADYUVANTES INC AGENTES OFTÁLMICOS	ABÓLICOS -
IBSRELA COMPRIMIDOS	
IBTROZI COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IBU 600-EZS KIT - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. VASCEPA) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ADYUVANTES - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE (adalimumab-aacf) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - NIDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES - NIC AGENTES OFTÁLMICOS HEEZO GEL NC AGENTES OFTÁLMICOS	i
IBU 600-EZS KIT ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) ibuprofeno comprimidos ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) ibuprofeno-famotidina comprimidos ibuprofeno-famotidina comprimidos ibuprofeno-famotidina comprimidos icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL S ANTINEOPLÁSICOS - ANTIINFLAMAT EXC. AGENTES HEMATOLÓGICOS - MOC. ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT INTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL S ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IHEEZO GEL NC AGENTES OFTÁLMICOS	S - MISC.
ibuprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-51-5144) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a trav	
ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IBUPROFENO COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) MSP-PA 5 AGENTES HEMATOLÓGICOS - NC ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) LD-PA-SF 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE (adalimumab-aacf) - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - NIDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IHEEZO GEL - NC AGENTES OFTÁLMICOS	
ibuprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IBUPROFENO COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL S ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ADYUVANTES EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - N IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL S ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IHEEZO GEL	
IBUPROFENO COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) MSP-PA - S AGENTES HEMATOLÓGICOS - MILLON SILLON SI	
ibuprofeno-famotidina comprimidos - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL SANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - M MSP-PA-QL SANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IHEEZO GEL	
icatibant inyectable (equiv. FIRAZYR) ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) Icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL MSP-PA-QL AGENTES HEMATOLÓGICOS - MILINE ADYUVANTES IHEEZO GEL AGENTES HEMATOLÓGICOS - MILINE HEMATOLÓGICOS - MILINE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	
ICLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) IMSP-PA-QL IHEEZO GEL LD-PA-SF 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES 6 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES 6 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	ORIOS
800-511-5144) icosapento etilo cápsulas (equiv. VASCEPA) IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) IDELVION INYECTABLE IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	ISC.
IDACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMAT IDELVION INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - M IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IHEEZO GEL - NC AGENTES OFTÁLMICOS	1
IDELVION INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MINIMEDIA DE LA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES IHEEZO GEL - NC AGENTES OFTÁLMICOS	
IDHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES IHEEZO GEL - NC AGENTES OFTÁLMICOS	
ADYUVANTES IHEEZO GEL - NC AGENTES OFTÁLMICOS	
	1
ILEVRO SUSPENSION OFTALMICA - NC AGENTES OFTALMICOS	
imatinib comprimidos (equiv. GLEEVEC) MSP 2 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES	
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a LD-PA-QL través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118) 5 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIA: ADYUVANTES	
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia OTC De venta libre especializada	
especializada PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses VAC Programa de vacunación & RYCENTS	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA SUSPENSIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 140 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 280 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMCIVREE INYECTABLE	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXIGENOS
imipramina pamoato cápsulas (equiv. TOFRANIL PM)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
imipramina comprimidos (equiv. TOFRANIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
imiquimod crema (equiv. ALDARA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
imiquimod crema 3.75% (equiv. IMIQUIMOD)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMITREX INYECTABLE (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMITREX VIAL INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
IMKELD SOLUCIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IMOVAX INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
IMPAVIDO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
IMPEKLO LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMPOYZ CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMULDOSA JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IMURAN COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
IMVEXXY SUM.	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
INBRIJA POLVO PARA INHALACIÓN	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
INCRELEX INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
INCRUSÉ ELLIPTA INHALADOR	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
indapamida comprimidos (equiv. LOZOL)	-	2	DIURÉTICOS
INDERAL LA CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
INDERAL XL CÁPSULAS, INNOPRAN XL CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
INDOCIN SUPOSITORIOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INDOCIN SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina cápsulas (equiv. INDOCIN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INDOMETACINA CÁPSULAS, TIVORBEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina CR cápsulas (equiv. INDOCIN SR)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina supositorios (equiv. INDOCIN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
indometacina suspensión (equiv. INDOCIN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INFLAMMA-K KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
INFLATHERM PAK	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
INGREZZA CÁPSULAS (QL = 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	ELD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

primeros 3 meses

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

SF

Monible dei inedicamento		Coulgo especia	II IAIAC	<u> Categoria</u>
INGREZZA PAQUETE 40-80 MG		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 1	cápsula/día; únicamente	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS -
disponible a través de Accredo 800-803-2523, CV3	S/Caremark 800-237-2767,			MISC.
Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o W	/algreens 888-347-3416)			
INLYTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	,	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG (QL= 8 comprimido	os/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INPEFA COMPRIMIDOS		_	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
INPEN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN DE INSULI	NΔ		NC	DISPOSITIVOS MÉDICOS
INQOVI COMPRIMIDOS	INA	_	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
			140	ADYUVANTES
INREBIC CÁPSULAS		-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INSPRA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
INSULINA ASPÁRTICA FLEXPEN INYECTABLE ((equiv. NOVOLOG)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA INYECTABLE (equiv. NO		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA MIX FLEXPEN INYECTAE		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA MIX INYECTABLE (equiv.		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA ASPÁRTICA PENFILL INYECTABLE (e		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA GLARGINA INYECTABLE	squiv. 113 (32 3 3)	-	3	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA GLARGINA-YFGN (PLUMA ÚNICA)			NC	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO INYECTABLE (equiv. HUMALO)C)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO INTECTABLE (equiv. HOMALO	JG)	-		ANTIDIABÉTICOS
		-	3	ANTIDIABÉTICOS
INSULINA LISPRO KWIKPEN INYECTABLE		-	3	
JERINGA DE INSULINA		OTC	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
INTELENCE COMPRIMIDOS		-	5	ANTIVIRALES
LÍQUIDO PARA TOS INTENSA		-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
INTERMEZZO SL COMPRIMIDOS		-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
INTRAROSA SUPOSITORIOS		-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
INTRON-A INYECTABLE		MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
INTUNIV COMPRIMIDOS		-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
INVEGA SUSTENNA INYECTABLE		-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVEGA COMPRIMIDOS		_	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVEGA TRINZA INVECTABLE			4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
INVELTYS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA		_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
INVIRASE CÁPSULAS		-	NC	ANTIVIRALES
INVIRASE CAPSULAS INVIRASE COMPRIMIDOS		-	NC	
		-		ANTIVIRALES
INVOKAMET COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INVOKAMET XR COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INVOKANA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
INZIRQO SUSPENSIÓN (Se requiere autorización años en adelante)	ı previa para miembros de 9) PA	4	DIURÉTICOS
IODOFLEX TOALLITAS		-	NC	ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES
yodoquinol/hidrocortisona crema 1% (equiv. VYTO	NE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
yodoquinol/hidrocortisona crema 1.9-1% (equiv. V`	YTONE)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras mir	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico		de farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad		RS	Restricción a especialistas

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

SMKG

Terapia escalonada

ST

Nombre del medicamento	Código especial	<u>Nive</u>	el Categoría
yodoquinol/hidrocortisona/polisacárido del aloe gel (equiv. ALCORTIN A) -	NC	DERMATOLÓGICOS
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
IOPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
IPOL INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
ipratropio spray nasal (equiv. ATROVENT)	- -	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ipratropio solución para nebulizar (equiv. ATROVENT)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
IQIRVO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
irbesartán comprimidos (equiv. AVAPRO)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
irbesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. AVALIDE)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
HIERRO POLISACÁRIDO/ÁCIDO TREÓNICO/B12/FA CÁPSULAS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ISENTRESS (HD) COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4	ANTIVIRALES
ISENTRESS POLVO EN PAQUETE	-	4	ANTIVIRALES
isibloom comprimidos, enskyce comprimidos, apri comprimidos (equiv.	-	1	ANTICONCEPTIVOS
DESOGEN)		•	7.11110011021 11100
ISOMETEPTENO/CAFEÍNA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
isometepteno/cafeína/acetaminofeno comprimidos (equiv. PRODRIN)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
isoniazida jarabe (equiv. ISONIAZIDA)	-	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazida comprimidos	-	2	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
ISOPTO CARBACHOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ISOPTO CARPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ISORDIL TITRADOSE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato comprimidos (equiv. ISORDIL)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato comprimidos 40 mg (equiv. ISORDIL)	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
isosorbida dinitrato/hcl hidralazina comprimidos (equiv. BIDIL)	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
mononitrato de isosorbida ER comprimidos (equiv. IMDUR)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
mononitrato de isosorbida comprimidos (equiv. MONOKET)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
ISOSORBIDA MONONITRATO COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
isotretinoína cápsulas 25 mg (equiv. BSORICA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
isotretinoína cápsulas 35 mg (equiv. BSORICA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ISOXSUPRINA COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
isradipina cápsulas (equiv. DYNACIRC)	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
ISTALOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ISTURISA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ITOVEBI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
			ADYUVANTES
itraconazol cápsulas (equiv. SPORANOX)	-	3	ANTIFÚNGICOS
itraconazol solución (equiv. SPORANOX)	PA	4	ANTIFÚNGICOS
ivabradina hcl comprimidos (equiv. CORLANOR)	-	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ivermectina crema (equiv. SOOLANTRA) (QL= 45 gramos/30 días)	QL	2	DERMATOLÓGICOS
IVERMECTINA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
IVERMECTINA LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ivermectina comprimidos (equiv. STROMECTOL)	-	3	ANTIHELMÍNTICOS
IVERMECTINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
IWILFIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
IXCHIQ INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
IXIARO INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo genérico = le	tras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
	igatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de can SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
primeros 3 meses Similado a dos reposiciones de 15 días por los Similado Abandonio del	wayalamo	01	Torapia osoaioriava
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	l Nive	el Categoría
IXINITY INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
IYUZEH GOTAS OFTÁLMICAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
JADENU DISPERSABLE	-	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JADENU COMPRIMIDOS 180 MG	<u>-</u>	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JADENU COMPRIMIDOS 90 MG, 360 MG	_	NC	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
JAKAFI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
JALYN CÁPSULAS		NC	ADYUVANTES AGENTES GENITOURINARIOS -
JALTN CAFGULAG	-	INC	MISCELÁNEOS
JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JANUVIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL-¢	3	ANTIDIABÉTICOS
JARDIANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JAYPIRCA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
JATE INCA COME MINIDOS (QL = 2 complimituos/ula)	MOI -I A-QL	3	ADYUVANTES
JENLIVA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
JESDUVROQ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
jinteli comprimidos (equiv. FEMHRT)	-	2	ESTRÓGENOS
JIVI INYECTABLE	<u>-</u>	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
JOENJA COMPRIMIDOS	_	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
jolessa comprimidos, amethia comprimidos (equiv. SEASONALE, SEASO	NIQUE) -	1	ANTICONCEPTIVOS
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	·		
JOURNAVX COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
JUBLIA SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
JULUCA TAB	-	NC	ANTIVIRALES
JUXTAPID CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
JYLAMVO SOLUCIÓN, XATMEP SOLUCIÓN	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
JYNARQUE PAQUETES	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
JYNNEOS INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
KADIAN CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
KALETRA SOLUCIÓN		NC	ANTIVIRALES
KALETRA COMPRIMIDOS		5	ANTIVIRALES
	-		
KALYDECO PAK (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	D-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
KALYDECO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disportravés de Walgreens 888-347-3416)	nible a LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
KAPSPARGO CÁPSULAS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
KAPVAY COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
KARBINAL ER SUSPENSIÓN	_	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
KATERZIA SUSPENSIÓN	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE
KEFLEX CÁPSULAS	<u>-</u>	NC	CALCIO CEFALOSPORINAS
KEFLEX CÁPSULAS 750 MG	_	NC	CEFALOSPORINAS
kelnor comprimidos (equiv. DEMULEN)		1	ANTICONCEPTIVOS
KENALOG INYECTABLE	<u>-</u>		CORTICOSTEROIDES
KENALOG INYECTABLE KENALOG INYECTABLE, TRIAMCINOLONA ACE INYECTABLE	-	4	CORTICOSTEROIDES
NC = No cubierto genérico NC/3P = No cubierto, revisor externo	= letras minúsculas	_	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	I	LD	Distribución limitada
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa	l obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa PA Autorización previa QL Límite de	obligatorio de farmacia especializada cantidad	OTC RS	De venta libre Restricción a especialistas
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa PA Autorización previa QL Límite de	obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
KENALOG SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KEPPRA SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR COMPRIMIDOS		NC	ANTICONVULSIVOS
KERAFOAM		NC	DERMATOLÓGICOS
KERALAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERAMATRIX	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KERASTAT CREMA	_	NC	DERMATOLÓGICOS
KERASTAT GEL		NC	DERMATOLÓGICOS
KERENDIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KERLONE COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
KERYDIN SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KESIMPTA INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
KETAMINA HCL PASTILLAS	-	NC	ANESTÉSICOS GENERALES
ketoconazol crema (equiv. NIZORAL CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ketoconazol shampoo (equiv. NIZORAL SHAMPOO)	-	2	DERMATOLÓGICOS
ketoconazol comprimidos (equiv. NIZORAL)	-	2	ANTIFÚNGICOS
KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
KETOPROFENO CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOPROFENO ER CÁPSULAS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOROLACO INYECTABLE		NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable (equiv. TORADOL)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 15 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 30 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolaco inyectable 60 mg/2 ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ketorolac solución oftálmica (equiv. ACULAR (LS))	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolaco comprimidos (equiv. TORADOL) (QL= 20 comprimidos/5 días)	QL	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KETOSTIX	OTC	2	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
ketotifeno solución oftálmica (equiv. ZADITOR) (Únicamente cubiertos los	OTC	2	AGENTES OFTÁLMICOS
medicamentos OTC) KEVEYIS COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
KEVZARA INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KHINDIVI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través	LD-PA-QL	5	CORTICOSTEROIDES
de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	7		
KINERET INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
KINRIX INYECTABLE, QUADRACEL DTAP-IPV INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
KINRIX JERINGA PRECARGADA, QUADRACEL JERINGA PRECARGADA	VAC	1	TOXOIDES
KIRSTY INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KISQALI PAK (QL= 91 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KISQALI COMPRIMIDOS (QL= 63 comprimidos/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KITABIS PAK SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AMINOGLUCÓSIDOS
KLARITY-B GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
KLARITY-L GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
KLARON LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KLISYRI POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	4. 4		Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio PA Autorización previa QL Límite de cantidad	de farmacia especializada		De venta libre Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaqui	smo		Terapia escalonada
primeros 3 meses			,
VAC Programa de vacunación ¢ RXCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
KLONOPIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
KLOXXADO SPRAY NASAL	-	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
KOGENATE FS INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
KOMBIGLYZE XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KONVOMEP SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
KORLYM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
KOSELUGO CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	a LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
K-PHOS NEUTRAL COMPRIMIDOS	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
K-PHOS COMPRIMIDOS		3	MINERALES Y ELECTROLITOS
KRAZATI COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
KRINTAFEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
K-TAB	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
KUVAN POLVO EN PAQUETE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KUVAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
KYBELLA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
KYLEENA DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
KYNAMRO INYECTABLE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
KYNMOBI PELÍCULA	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
KYNMOBI KIT CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
KYTRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
KYZATREX CÁPSULAS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
KYZATREX CÁPSULAS, JATENZO CÁPSULAS, TLANDO CÁPSULAS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
L.E.T. EN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
labetalol comprimidos (equiv. NORMODYNE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
LABETALOL COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
LAC-HYDRIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LAC-HYDRIN LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
lacosamida solución oral (equiv. VIMPAT)	-	2	ANTICONVULSIVOS
lacosamida comprimidos (equiv. VIMPAT)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LACRISERT INSERTO OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ÁCIDO LÁCTICO LOCIÓN	-	2	DERMATOLÓGICOS
lactulosa paquete de cristales orales	-	NC	LAXANTES
lactulosa solución	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LAGEVRIO CÁPSULAS (EUA) (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
LAGEVRIO CÁPSULAS 200 MG (QL= 40 cápsulas/reposición)	QL	3	ANTIVIRALES
LAMICTAL COMPRIMIDOS MASTICABLES		NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT KIT, LAMICTAL XR KIT	-	4	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL KIT DE INICIO	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo Genérico = letras minú	isculas	ı	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	1. A -marata and 1. P I		Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de PA Autorización previa QL Límite de cantidad	le farmacia especializada		De venta libre Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	smo		erapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
LAMICTAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LAMISIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
lamivudina solución (equiv. EPIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamivudina comprimidos (equiv. EPIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamivudina comprimidos 100 mg (equiv. EPIVIR HBV)	<u>-</u>	2	ANTIVIRALES
lamivudina/zidovudina comprimidos (equiv. COMBIVIR)	-	2	ANTIVIRALES
lamotrigina comprimidos masticables (equiv. LAMICTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ER comprimidos (EQUIV. LAMICTAL XR)	-	4	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ODT (equiv. LAMICTAL)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina ODT kit (equiv. LAMICTAL)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina kit de inicio (equiv. LAMICTAL KIT DE INICIO)	-	4	ANTICONVULSIVOS
lamotrigina comprimidos (equiv. LAMICTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LAMPIT COMPRIMIDOS	_	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
DISPOSITIVO DE LANCETA	ОТС	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
KIT DE LANCETA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
LANCETAS	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
LANOXIN COMPRIMIDOS	-	NC	CARDIOTÓNICOS
lansoprazol cápsulas (equiv. PREVACID)	OTC	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
lansoprazol ODT (equiv. PREVACID SOLUTAB) (Se requiere autorizad		4	MEDICAMENTOS PARA
previa para miembros de 9 años en adelante)	SIOTI LA	4	ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
LANSOPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
lansoprazol/amoxicilina/claritromicina kit (equiv. PREVPAC)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
LANSOPRAZOL/AMOXICILINA/CLARITROMICINA KIT	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
carbonato de lantano comprimidos masticables (equiv. FOSRENOL)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LANTUS INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LANTUS SOLOSTAR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
lapatinib ditosilato comprimidos (equiv. TYKERB)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LASIX COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3 ml/30 días)	QL	4	AGENTES OFTÁLMICOS
latanoprost solución oftálmica (equiv. XALATAN) (QL= 2.5 ml/30 días)	QL	2	AGENTES OFTÁLMICOS
LATUDA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
LAZANDA SPRAY NASAL	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
LAZCLUZE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	3	ANTIVIRALES
leflunomida comprimidos (equiv. ARAVA)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
lenalidomida cápsulas (equiv. REVLIMID) (QL= 1 cápsula/día; restringi especialistas en Oncología o Hematología; únicamente disponible a tra Walgreens 888-347-3416)		2	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LENVIMA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a tr AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850 CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-44 o Walgreens 888-347-3416))-4306,	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
			LETPAG MAY/GOUVES
NC = No cubierto genérico = NC/3P = No cubierto, revisor externo	letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RXCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	l Nive	l Categoría
LEQEMBI IQLK INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LEQSELVI COMPRIMIDOS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LESCOL XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LETAIRIS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
letrozol comprimidos (equiv. FEMARA)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUCOVORIN COMPRIMIDOS	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUKERAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEUKINE INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
leuprolida inyectable (equiv. LUPRON)	INF-MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR (QL = 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; La terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto con albuterol HFA)	QL-ST a	4	ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
levalbuterol solución para nebulizar (equiv. XOPENEX)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
LEVAQUIN COMPRIMIDOS	-	NC	FLUOROQUINOLONES
LEVBID COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEVEMIR FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
LEVEMIR INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
levetiracetam ER comprimidos (equiv. KEPPRA XR)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LEVETIRACETAM ODT, SPRITAM ODT	-	NC	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam solución (equiv. KEPPRA)	-	2	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam comprimidos (equiv. KEPPRA)	-	2	ANTICONVULSIVOS
LEVITRA COMPRIMIDOS	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
LEVOBUNOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	_	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levobunolol solución oftálmica (equiv. BETAGAN)	_	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levocarnitina solución (equiv. CARNITOR)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
levocarnitina comprimidos (equiv. CARNITOR)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
levocetirizina solución (equiv. XYZAL)	-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
levocetirizina comprimidos (equiv. XYZAL)	-	4	ANTIHISTAMÍNICOS
levofloxacina solución oftálmica (equiv. XVII tz)	_	2	AGENTES OFTÁLMICOS
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
LEVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	_	2	AGENTES OFTÁLMICOS
levofloxacina solución (equiv. LEVAQUIN)		2	FLUOROQUINOLONES
levofloxacina comprimidos (equiv. LEVAQUIN)	-	2	FLUOROQUINOLONES
levonorgestrel comprimidos (equiv. PLAN B)	OTC	1	ANTICONCEPTIVOS
levonorgestrel-etinilestradiol-fe comprimidos (equiv. BALCOLTRA)	010	1	ANTICONCEPTIVOS
,	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
levorfanol comprimidos (equiv. LEVORFANOL) LEVOTIROXINA INYECTABLE	-		
	-	NC	AGENTES TIPOIDEOS
levotiroxina comprimidos (equiv. SYNTHROID)	-	2 NC	AGENTES TIROIDEOS MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEVSIN INYECTABLE	-		
LEVSIN SL COMPRIMIDOS LEVSIN COMPRIMIDOS	-	NC NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LEXAPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
NC = No cubierto genérico = letras m	inúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD I	Distribución limitada
·	o de farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaq primeros 3 meses	uismo		Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento LEXIVA SUSPENSIÓN			Código especial	Nive 5		egoría IVIRALES
LEXIVA COMPRIMIDOS			-	NC		IVIRALES
I-glutamina polvo en paquete (equiv. ENDARI) (QL= 6 paquetes/o	4(0)		- MSP-PA-QL	2		ENTES HEMATOPOYÉTICOS
LIALDA COMPRIMIDOS	uia)		IVISF-FA-QL -	NC		ENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIBERVANT PELÍCULA						
			-	NC		TICONVULSIVOS
LIBRAX CÁPSULAS				NC		DICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
LICART PARCHES			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIDAMANTLE LOCIÓN				NC		RMATOLÓGICOS
LIDO/MENTOL SPRAY			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIDO/RAC/TET GEL			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA CREMA			-	NC		RMATOLÓGICOS
lidocaína crema 3% (equiv. LIDAMANTLE)			-	2	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína crema 3.88% (equiv. LIDOTRAL)			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína gel (equiv. GLYDO)			-	2	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína gel (equiv. XYLOCAINE)			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína hcl crema 4.12%			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína loción (equiv. LIDAMANTLE)			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína pomada (QL= 107gm/30 días)			QL	2	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína kit pomada/apósito transparente (equiv. LIDOPAC)			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA SOLUCIÓN ORAL 4%				NC	AGE	ENTES PARA LA
					ВОС	CA/GARGANTA/DIENTES
lidocaína parches (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)			QL	4	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína parches 3.5% (equiv. GEN7T)			ОТС	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína parches 5% (equiv. LIDODERM) (QL= 3 parches/día)			QL	3	DEF	RMATOLÓGICOS
lidocaína solución (equiv. XYLOCAINE)			-	2	DEF	RMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA SUPOSITORIOS			-	NC	PRC	DDUCTOS ANORRECTALES Y
lides of the selection	OANTAI			0		ACIONADOS
lidocaína solución viscosa (equiv. LIDOCAÍNA HCL [BOCA-GAR	GANTA])		-	2		ENTES PARA LA CA/GARGANTA/DIENTES
lidocaína/hidrocortisona crema (equiv. ANAMANTLE)			<u>-</u>	3		ENTES ANORRECTALES
LIDOCAÍNA/HIDROCORTISONA KIT CREMA RECTAL			_	NC		ENTES ANORRECTALES
lidocaína/prilocaína crema (equiv. EMLA)			<u>-</u>	NC		RMATOLÓGICOS
LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA CREMA			_	NC		RMATOLÓGICOS
LIDOCIN GEL				NC		RMATOLÓGICOS
LIDODERM PARCHES			-	NC		RMATOLÓGICOS
and the second of the second o			-			
LIDO-EP-TETR SOLUCIÓN			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIDOLOG KIT				NC		RTICOSTEROIDES
LIDOSTREAM KIT LIDOTIN PAK			- -	NC NC		RMATOLÓGICOS COTERAPÉUTICOS Y AGENTES
LIDOTIN PAR			-	INC		JROLÓGICOS - MISC.
LIDOTRAL CREMA			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIDOTREX GEL			-	NC	DEF	RMATOLÓGICOS
LIDOVEX CREMA			-	NC		RMATOLÓGICOS
LIKMEZ SUSPENSIÓN				NC		ENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
LINDANE SHAMPOO			-	4	DEF	RMATOLÓGICOS
linezolid suspensión (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialis infecciosa)	tas en er	nfermedad	RS	3	AGE	ENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
linezolid comprimidos (equiv. ZYVOX) (Restringido para especial	istas en e	enfermedad	RS	3	AGE	ENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
infecciosa)	10140 011					
LINZESS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)			PA-QL	4		ENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
liotironina comprimidos (equiv. CYTOMEL)			-	2		ENTES TIROIDEOS
LIPITOR COMPRIMIDOS				NC		THIPERLIPIDÉMICOS
LIQREV SUSPENSIÓN			<u>-</u>	NC	AGE	ENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
NC = No cubierto		genérico = I	etras minúsculas			MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad			LD	Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP		ligatorio de farmacia especiali	zada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa	QL	Límite de ca	ntidad		RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono de	el tabaquismo		ST	Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS				

Nombre	e del medicamento			Código especial	Nivel	Categoría
liraglutida	(manejo del peso) solución inyectable en	pluma (e	equiv. SAXENDA)	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
liraglutida	solución en pluma inyectora (equiv. VICTo	OZA) (QI	L= 9 ml/30 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
lisdexanfe	etamina dimesilato cápsulas (equiv. VYVAľ	NSE)		-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
lisdexamf	etamina dimesilato comprimidos masticabl	es (equi	v. VYVANSE)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
lisinopril d	comprimidos (equiv. PRINIVIL/ZESTRIL)			-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
	nidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZEST	ORETIC	()	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
LITFULO	COMPRIMIDOS			-	NC	DERMATOLÓGICOS
CARBON	ATO DE LITIO CÁPSULAS			-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
carbonato	de litio cápsulas (equiv. ESKALITH ER)			-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
carbonato	de litio ER comprimidos (equiv. LITHOBI	D)		-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	de litio comprimidos			-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	ión oral (equiv. LITIO)			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	O COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
	AT COMPRIMIDOS			-	4	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
	COMPRIMIDOS (La terapia escalonada rec tina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, ina)			ST	4	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	I CÁPSULAS			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	l SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicame 866-849-4481)	ente disp	onible a través de	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARL	I SOLUCIÓN 19 MG/ML			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARL	I COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVMARL	I COMPRIMIDOS 30 MG			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LIVTENC	ITY COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/de Biologics 800-850-4306)	día; únic	amente disponible	LD-PA-QL	5	ANTIVIRALES
L-METILF	FOLATO COMPRIMIDOS			-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
LMR PLU	IS KIT			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LO LOES	TRIN COMPRIMIDOS			-	1	ANTICONCEPTIVOS
LOCOID	CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID	LIPOCREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID	LOCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID	POMADA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOCOID	SOLUCIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LODOCO	COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
LODOSY	N COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
lofexidina	hcl comprimidos (equiv. LUCEMYRA) (QL	.= 96 cor	mprimidos/7 días)	PA-QL	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
lohist líau	ido (equiv. DECON-A)			OTC	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
	A PAK (QL= 1 paguete/día)			PA-QL	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
	A PAK 10 GM			-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
	A PAK 5 GM			-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
	. COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIDIARREICOS
	A MAGNAIR SOLUCIÓN			-	3	ANTIASMÁTICOS Y
	F COMPRIMIDOS				NC	BRONCODILATADORES ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
20110011	T COM TANDOC				110	ADYUVANTES
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minú	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	o formacia conceializada		Distribución limitada
M PA	Beneficio médico Autorización previa	MSP QL	Programa obligatorio de Límite de cantidad	e farmacia especializada		De venta libre Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquis	mo		erapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

DOCUMENT NOTE NOT	Nombre del medicamento			Código especia	I Nive	l Categoría
LÓPIG CÓMPRIMIDOS	loperamida cápsulas			-	NC	ANTIDIARREICOS
	loperamida hcl solución (equiv. LOPERAMIDA)			OTC	NC	AGENTES ANTIDIARREICOS/PROBIÓTICOS
Disprint/Infonavir comprimidos (equiv. KALETRA)	LOPID COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
LOPRESSOR SOLUCIÓN - NC BETA BLOQUEADORES	lopinavir/ritonavir solución (equiv. KALETRA)			-	5	ANTIVIRALES
LOPRESSOR SOLUCIÓN - NC BETA BLOQUEADORES	lopinavir/ritonavir comprimidos (equiv. KALETRA)			-	2	ANTIVIRALES
LOPROX CREMA	LOPRESSOR SOLUCIÓN			-	NC	BETA BLOQUEADORES
LOPROX SHAMPOO -	LOPRESSOR COMPRIMIDOS			-	NC	BETA BLOQUEADORES
Increated inac appsulas (equiv. CLARITIN)	LOPROX CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
Iorazepam concentrado (equiv. ATIVAN) - 2 AGENTES ANTIANSIEDAD	LOPROX SHAMPOO			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LORDERNIA COMPRIMIDOS 100 MG (QL = 1 comprimidos/dia)	loratadina cápsulas (equiv. CLARITIN)			OTC	EXC	ANTIHISTAMÍNICOS
LORBRENA CÓMPRIMIDOS 100 MG (QL = 1 comprimidos/día) MSP-PA-QL-SF 5 ANTINEOPLASICOS Y TERAPIAS ADYUNANTES LORERENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL = 3 comprimidos/día) MSP-PA-QL-SF 5 ANTINEOPLASICOS Y TERAPIAS ADYUNANTES LOREVA CAPSULAS - NC AGENTES ANTIANSIEDAD LORTAB ELIXIR - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORVATUS PHARMAPAK KIT - NC AGENTES DE TERAPIA LORVATUS PHARMAPAK KIT - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOSERIA GUIV. COZAAR) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX GEL - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX SUSPENSION OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSION OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSION OFTÁLMICOS - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSION OFTÁLMICOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LORDERIO SON CARRIA <t< td=""><td>lorazepam concentrado (equiv. ATIVAN)</td><td></td><td></td><td>-</td><td>2</td><td>AGENTES ANTIANSIEDAD</td></t<>	lorazepam concentrado (equiv. ATIVAN)			-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
LORRENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL = 3 comprimidos/dia) LORREV XR CÁPSULAS LORTAB - NC ARENTES ANTIANSIEDAD LORTAB - NC ARENTES ANTIANSIEDAD LORTAB - NC ARENTES ANTIANSIEDAD LORTAB LIXIR - NC ARENTES ANTIANSIEDAD LORTAB ELIXIR - NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA ANTIHIPERTENSIVOS Losartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR) LOSARTÁN COMPRIMIDOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LOTEMAX GOMEN SUSPENSIÓN OFTÁLMICOS LOTEMAS M GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX GOMEN GOMEN MIDOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN OFMENIMOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN GOMEN MIDOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN CORPENIMOS LOTENSIN CEREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTENSIN CEREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTENSIN CEREMA - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN CEREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTENSIN CEREMA - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN CEREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTENSIN CORPENIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN CEREMA - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN CORPENIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOVENOS INTERNAMA - NC ANTIHIPERTENSIVOS ANTIHIPERTENSIVOS LOVENOS INTERNAMA - NC ANTIHIPERTENSIVOS	lorazepam comprimidos (equiv. ATIVAN)			-	2	AGENTES ANTIANSIEDAD
LOREEV XR CAPSULAS OR GENTES ANTIANSIEDAD LORTAB OR ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORTAB - NC AGENTES ANTIANSIEDAD LORTAB ELIXIR OR ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORTAB ELIXIR OR AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA SOBRITÁN COMPRIMÍDOS LOBERTÁNICOS (Equiv. COZAAR) OR ANTIHIPERTENSIVOS LOBERTÁNICOS (Equiv. COZAAR) OR ANTIHIPERTENSIVOS LOBERTÁNICOS (EQUIV. COZAAR) OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA OR AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA OR AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA OR AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX MOGL 0.38% OR AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX MOGL 0.38% OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICOS LOTEMAX POMADA ORTÁLMICOS LOTEMAX POMADA ORTÁLMICOS OR ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX POMADA ORTÁLMICOS	LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 1 comp	orimido/dí	a)	MSP-PA-QL-SF	5	
LORTAB ELIXIR - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORTAB ELIXIR - NG ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORYATUS PHARMAPAK KIT - NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORYATUS PHARMAPAK KIT - NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA ANTIHIPERTENSIVOS LOSSATÂN INITIORET MISTORY LOTEMAX GEL LOTEMAX GEL LOTEMAX GEL LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LUDICONAZOLE CREMA LUZU CREMA - NC CANTICOAGULANTES LUDICONAZOLE CREMA LUZU CREMA - NC CANTINESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUDICANTAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC CANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC CANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC CANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC CANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (LE 2.5 mI	LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL= 3 compr	imidos/dí	a)	MSP-PA-QL-SF	5	
LORTAB ELIXIR - 4 ANALGÉSICOS - OPIOIDES LORVATUS PHARMAPAK KIT - NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELETICA losarián comprimidos (equiv. COZAAR) - NC ANTIHIPERTENSIVOS losarián/hidrociorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX GEL - 4 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SM GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMINA SM GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol esuspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRICA CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES OSATROINTESTINALES - MISC. LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZO CAPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZO CAPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUCICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTIHPERLIPIDÉMICOS LUDICONAZO (EQUIV. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - NC ANTI	LOREEV XR CÁPSULAS			-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
LORVATUS PHARMAPAK KIT - NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUIELETICA losartán comprimidos (equiv. COZAAR) - 2 ANTHIPERTENSIVOS losartán/hidrociorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR) - NC ANTHIPERTENSIVOS LOTEMAX EGEL - 4 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SIN GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAS MI GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC AMTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX) - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININ AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISIONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISIONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISIONE CREMA - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina capsulas (equiv. LOXITANE) - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LOVENOX INVECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCYENOX INVECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCYENOX INVECTABLE - NC ANTIPECOSIONANTIMANIACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) - PA-QL - ANTIPECOSIONANTIMANIACOS LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL = 96 comprimidos/7 días) - NC ARTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUCEMYRA COMPRIMIDOS (20 MG - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU C	LORTAB			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
losartán comprimidos (equiv. COZAAR) - 2 ANTIHIPERTENSIVOS losartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMAX GEL - 4 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX GEL LOTEMAX GEL LOTEMAX GEL LOTEMAX GEL LOTEMAX SOM GEL LOTEMAX SINDENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMINA SINDENSIÓN OFTÁLMICOS LOTEMINI COMPRIMIDOS - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMINI COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMINI CARROLLO SINDENSIÓN OFTÁLMICOS LOTEMINI AGENTES OFTÁLM	LORTAB ELIXIR			-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
Iceartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR) -	LORVATUS PHARMAPAK KIT			-	NC	
LOTEMAX GEL LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SM GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN HOT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN GOMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENDIA GENTES OFTÁLMICOS LOTERLO SIDEMA SAGENTES OFTÁLMICOS LOTERLO SIDEMA SAGENTES OFTÁLMICOS LOTERLO SIDEMA SAGENTES OFTÁLMICOS LOTRILO SIDEMA SAGENTES OFTÁLMICOS LOTRININ AF CREMA SAGENTES OFTÁLMICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LUDICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES SERVICIOS SISCOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 230 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 230 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS SIDENTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) NC - NO cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS DISTINUACIÓN Inmitada	losartán comprimidos (equiv. COZAAR)			-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX SM GEL 0.38 M - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMAX M GEL 0.38 M - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRIEL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCIDADA CÓPICA - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCIDADA CÓPICA - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LUCIDADA COMPRIMIDOS (QL = 96 comprimidos/7 días) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUCICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUCICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUCICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC ANTIHEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADVUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTIHEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADVUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 250 MG - NC ANTIHEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADVUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS (QL = 2.5 ml/30 días) QL DISTIBUCION OFTALMICOS Inmitada	losartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZ	AAR)		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTEMSIN HCT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTEMOSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTREL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LOXADA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LOXADA CÁPSULAS - NC ANTICOAGULANTES LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) - PA-QL - AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL= 2.5 mI/30 días) - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL= 2.5 mI/30 días) - NF Infertilidad - NG PRO cubierto, revisor externo EXC Excisión del plan INF Infertilidad - LD Distribución limitada	LOTEMAX GEL			-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX SM GEL 0.38% - NC AGENTES OFTÁLMICOS LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTREL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTREL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRIMI AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRININA F CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRINIONA F CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRINIONA GUIV. MEVACOR) - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHORALIPIDEMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHORALIPIDEMICOS LUCIONOX INYECTABLE - NC ANTIHORA	LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA			-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTREL CÁPSULAS LOTREL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - PA-QL - ANTICOAGULANTES LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL = 2.5 ml/30 días) NC = No cubierto NC3P = No cubierto NC3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad ND Distribución limitada MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS DISTRIBUCIÓN Initiada MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS DISTRIBUCIÓN Initiada	LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTENSIN COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS loteprednol etabonato gel oftálmica (equiv. LOTEMAX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTREL CÁPSULAS LOTRIL CÁPSULAS LOTRIMIN AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES lovapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES REUROLÓGICOS - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES REUROLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 mi/30 días) NC = No cubierto NC3P > No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del pian INF Infertilidad LD Distribución limitada MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS DISTRIBUCIÓN Infertilidad	LOTEMAX SM GEL 0.38%			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS loteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS LOTREL CÁPSULAS - NC ANTIHIPERTENSIVOS LOTRIMIN AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS GUE 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC AN TINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS	LOTENSIN HCT COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
Ioteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX) - 3 AGENTES OFTÁLMICOS	LOTENSIN COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTREL CÁPSULAS LOTRIMIN AF CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES LOVADINA CÁPSULAS - NC ANTICOAGULANTES LOVADINA CAMPIRIDOS (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMICOS - NECUSION OFTALMICOS NC = No cubierto PROVINCION OFTALMICA (QL= 2.5 mI/30 días) NC = No cubierto PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICO INFERTIMICO INFERTIMICALIAS NC AN O CUBIERTO PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICALIAS NC SP NO cubierto, revisor externo PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICALIAS NC SP NO cubierto, revisor externo PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICALIAS NC SP NO cubierto, revisor externo PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICALIAS NC SP NO cubierto, revisor externo PROVINCION OFTALMICO INFERTIMICALIAS NC SP NO cubierto, revisor externo PROVINCION OFTALMICA DE PROVINCION OFTALMICA DE PROVINCION OFTALMICA DE PROVINCION OFTALMICO DE PROVINCION OFTALMICO DE PROVINCION OFTALMICO DE PROVINCION DE PROVINCION DE P	loteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEM/	AX)		-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTRIMIN AF CREMA LOTRISONE CREMA LOTRISONE CREMA LOTRONEX COMPRIMIDOS NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. Iovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) LOVAZA CÁPSULAS LOVAZA CÁPSULAS LOVAZA CÁPSULAS LOVAZA CÁPSULAS LOVENOX INYECTABLE NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE NC ANTICOAGULANTES Iovapina cápsulas (equiv. LOXITANE) LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL = 2 cápsulas/día) PA-QL LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL = 96 comprimidos/7 días) PA-QL LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA LUZU CREMA NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTÁLMICA (QL = 2.5 ml/30 días) QL NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTÁLMICA (QL = 2.5 ml/30 días) QL NC SNO cubierto NC SNO cubierto NC SP NO cubierto, revisor externo INF Infertilidad NC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada		, ALREX)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTRISONE CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) NC = No cubierto NC 37 PA Cubierto NC 37 PA No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LOTREL CÁPSULAS			-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
LOTRONEX COMPRIMIDOS - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) - 1 ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVAZA CÁPSULAS - NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL = 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL = 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL = 2.5 mi/30 días) QL 3 AGENTES OFTALMICOS MACAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC3P = No cubierto revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad Distribución limitada	LOTRIMIN AF CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR) LOVAZA CÁPSULAS LOVENOX INYECTABLE NC ANTIHIPERLIPIDÉMICOS LOVENOX INYECTABLE NC ANTICOAGULANTES LOXAJINA (EQUIV. LOXITANE) PA-QL AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA NC DERMATOLÓGICOS - MISC. LUMAKRAS COMPRIMIDOS NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL AGENTES NEUROLÓGICOS NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) AGENTES OFTALMICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS Distribución limitada	LOTRISONE CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
LOVAZA CÁPSULAS LOVENOX INYECTABLE LOVENOX ANTIPOSICOS (ANTIMANÍACOS) LOVENOX INYECTABLE LOVENOX ANTIPOSICOS (ANTIMANÍACOS) LOVENOX ANTINEOPLÁSICOS (ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES) LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG LUMA	LOTRONEX COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LOVENOX INYECTABLE - NC ANTICOAGULANTES loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTALMICOS NC= No cubierto, revisor externo RC= No cubierto, revisor externo INF Infertilidad NC Distribución limitada	lovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR)			-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) NC = No cubierto NC3P = No cubierto NC3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LOVAZA CÁPSULAS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
Iubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cápsulas/día) PA-QL 3 AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo Genérico = letras minúsculas MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MAYÚSCULAS NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LOVENOX INYECTABLE			-	NC	ANTICOAGULANTES
LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días) PA-QL 4 PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTALMICOS NC = No cubierto NC3P = No cubierto NC3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	loxapina cápsulas (equiv. LOXITANE)			-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA - NC DERMATOLÓGICOS LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC = No cubierto NC = No cubierto NC = No cubierto NC /3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	lubiprostona cápsulas (equiv. AMITIZA) (QL= 2 cáp	sulas/día)	PA-QL	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
LUMAKRAS COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTALMICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES ADYUVANTES AGENTES OFTALMICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS LD Distribución limitada	LUCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos	s/7 días)		PA-QL	4	
LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
ADYUVANTES LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LUMAKRAS COMPRIMIDOS			-	NC	
ADYUVANTES LUMIGAN SOLUCION OFTALMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL 3 AGENTES OFTALMICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LUMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG			-	NC	
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LUMAKRAS COMPRIMIDOS 320 MG			-	NC	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada	LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30) días)		QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada			genérico = letras mir	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M Reneficio médico MSP Programa obligatorio de formacio especializada OTC De vente libro		INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
	M Beneficio médico	MSP		de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas	· ·			iomo		
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses		SMKG	Apandono del tabaqu	IISTIIO	51	тегаріа еѕсаіопада
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS	VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
LUMRYZ PAQUETE (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LUNESTA COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
LUPANETA PACK	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
LUPKYNIS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx Pharmacy 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
LUPRON DEPOT INYECTABLE	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUPRON DEPOT INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LUPRON DEPOT PED INYECTABLE	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
LUPRON DEPOT-PED INYECTABLE	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
lurasidona hcl comprimidos (equiv. LATUDA)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
LURBIRO COMPRIMIDOS 100 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
LUVIRA COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
LUXIQ ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
LYBALVI COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LYNPARZA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800 237-2767 u Optum 877-445-6874)		5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYRICA CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CÁPSULAS 225 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CÁPSULAS 300 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYRICA CR TAB	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
LYRICA SOLUCIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
LYSODREN COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYSTEDA COMPRIMIDOS	-	NC	HEMOSTÁTICOS
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA (QL= 5 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
LYUMJEV INYECTABLE		3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV KWIKPEN INYECTABLE		3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV TEMPO PLUMA		3	ANTIDIABÉTICOS
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
MACRILEN PAQUETE	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
MACROBID CÁPSULAS		NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MACRODANTINA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MACRODANTINA CÁPSULAS 25 MG	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MAFENIDA ACETATO PAQUETE DE SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto genérico = letras minú	isculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo			
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa obligatorio d	e farmacia especializada		Distribución limitada De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad	o iaiiiiaoia especializada		Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	smo		erapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Nombre del medicamento		Código especial	Nivel	Categoría
MAGNESIO SULFATO INYECTABLE		_	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
magnesio sulfato inyectable		-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
MAKENA INYECTABLE		-	NC	PROGESTINAS
MALARONE COMPRIMIDOS		_	NC	ANTIMALÁRICOS
malatión loción (equiv. OVIDE) (QL= 2 frascos/reposi	ción)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
CONDONES MASCULINOS (QL= 12 condones/repor	,	OTC-QL	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
manitol solución (equiv. OSMITROL)	3101011)		NC	DIURÉTICOS
MAPROTILINA COMPRIMIDOS		_	2	ANTIDEPRESIVOS
maraviroc comprimidos (equiv. SELZENTRY)		_	2	ANTIVIRALES
MARINOL CÁPSULAS			NC	ANTIEMÉTICOS
MARPLAN COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
MATERVIA CÁPSULAS		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
MATULANE CÁPSULAS		-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MAVENCLAD PAQUETE DE TERAPIA (Únicamente Walgreens) 888-347-3416)	disponible a través de	LD	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MAVIK COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MAVYRET PAK		-	NC	ANTIVIRALES
MAVYRET COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIVIRALES
MAXALT MLT COMPRIMIDOS		_	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MAXALT COMPRIMIDOS		_	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MAXIDEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA		_	3	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL POMADA OFTÁLMICA		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL FOMADA OF FALMICA MAXITROL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA		-	NC	AGENTES OF TALMICOS AGENTES OFTÁLMICOS
		•	NC	DIURÉTICOS
MAXZIDE COMPRIMIDOS MAYZENT COMPRIMIDOS		-	NC NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y
		-		AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MAYZENT COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
mebendazol comprimidos masticables		-	2	ANTIHELMÍNTICOS
meclizina comprimidos masticables (equiv. BONINE)		OTC	2	ANTIEMÉTICOS
meclizina hcl comprimidos (equiv. ANTIVERT)		-	NC	ANTIEMÉTICOS
meclizina comprimidos (equiv. ANTIVERT)		OTC	2	ANTIEMÉTICOS
MECLIZINA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIEMÉTICOS
MECLOFENAMATO CÁPSULAS		-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MEDI-PATCH CON LIDOCAÍNA PARCHES		-	NC	DERMATOLÓGICOS
MEDROL PAQUETE DE DOSIS		-	NC	CORTICOSTEROIDES
MEDROL COMPRIMIDOS		_	3	CORTICOSTEROIDES
MEDROL COMPRIMIDOS		_	NC	CORTICOSTEROIDES
medroxiprogesterona inyectable (equiv. DEPO-PRO\	/FRΔ) (OI = 1 inv /90 d	(as) ()I	1	ANTICONCEPTIVOS
medroxiprogesterona invectable (equiv. BEI O-I NOV			2	PROGESTINAS
ácido mefenámico cápsulas (equiv. PONSTEL)	')	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
,		-		ANTIMALÁRICOS
mefloquina comprimidos (equiv. LARIAM)		-	3	
megestrol ES suspensión (equiv. MEGACE ES)		-	4	PROGESTINAS
megestrol suspensión (equiv. MEGACE)		-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEGESTROL SUSPENSIÓN		-	4	PROGESTINAS
megestrol comprimidos (equiv. MEGACE)		-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras r	ninúsculas	ı	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	INF Infertilidad		LD [Distribución limitada
		io de farmacia especializada		De venta libre
•	QL Límite de cantidad	quiomo		Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del taba	quisin0	ST 1	erapia escalonada
VAC Programa de vacunación	t RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
MEKINIST SOLUCIÓN	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MEKTOVI COMPRIMIDOS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
meloxicam cápsulas (equiv. VIVLODEX)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MELOXICAM COMFORT KIT	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MELOXICAM SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
meloxicam comprimidos (equiv. MOBIC)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
melfalán inyectable (equiv. ALKERAN)	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MELFALÁN COMPRIMIDOS	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
memantina ER cápsulas (equiv. NAMENDA XR)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina hcl-donepezilo hcl cápsulas de liberación prolongada 24 horas (equiv. NAMZARIC)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina solución (equiv. NAMENDA)	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
memantina comprimidos (equiv. NAMENDA)	-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
MENACTRA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MENEST COMPRIMIDOS	-	4	ESTRÓGENOS
MENOPUR INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MENOSTAR PARCHES	-	NC	ESTRÓGENOS
MENQUADFI INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MENTAX CREMA	-	4	DERMATOLÓGICOS
MENTHOREAL10 PACK DE TERAPIA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MENVEO INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
meperidina comprimidos (equiv. DEMEROL)	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MEPHYTON COMPRIMIDOS	-	NC	VITAMINAS
meprobamato comprimidos (equiv. MILTOWN)	-	4	AGENTES ANTIANSIEDAD
MEPRON SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mercaptopurina suspensión (equiv. PURIXAN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	a PA	4	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
mercaptopurina comprimidos (equiv. PURINETHOL)	-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MERILOG INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
MERILOG SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
meropenem inyectable (equiv. MERREM)	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mesalamina DR cápsulas (equiv. DELZICOL)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina DR comprimidos (equiv. LIALDA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina enema (equiv. ROWASA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina DR cápsulas (equiv. APRISO)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis	le farmacia especializada	LD D OTC D RS R	IARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS istribución limitada e venta libre estricción a especialistas erapia escalonada
primeros 3 meses VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			
7.0 Fregrama de Vaccinación y TXOLINTO			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
mesalamina ER cápsulas (equiv. PENTASA CR)	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina supositorios (equiv. CANASA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesalamina comprimidos (equiv. ASACOL)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
mesna comprimidos (equiv. MESNEX)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MESNEX COMPRIMIDOS	MSP	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
MESTINON COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
MESTINON TIMESPAN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
METANX CÁPSULAS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
METAXALONA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
metaxalona comprimidos (equiv. SKELAXIN)	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
METDRAY GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
metformina ER comprimidos osmóticos (equiv. FORTAMET)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
metformina ER comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE XR)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
metformina solución (equiv. RIOMET)	-	4	ANTIDIABÉTICOS
metformina comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE)	_	2	ANTIDIABÉTICOS
METFORMINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
METHADONE SOLUCIÓN (La terapia escalonada requiere pasar por un o	onicide IR ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER]) metadona comprimidos (equiv. DOLOPHINE) (La terapia escalonada requ		2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES ANALGÉSICOS - OPIOIDES
por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioid		_	7.1.1.12020.000 0. 10.1220
METHADOSE CONC	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
methadose comprimidos (La terapia escalonada requiere pasar por un op no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ioide IR si ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
metanfetamina clorhidrato comprimidos (equiv. METANFETAMINA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metazolamida comprimidos (equiv. NEPTAZANE)	-	3	DIURÉTICOS
hipurato de metenamina comprimidos (equiv. HIPREX)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
mandelato de metenamina comprimidos	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
metimazol comprimidos (equiv. TAPAZOLE)	-	2	AGENTES TIROIDEOS
METHITEST COMPRIMIDOS	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
metocarbamol comprimidos (equiv. ROBAXIN)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
METHOCARBAMOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
metotrexato inyectable	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
metotrexato comprimidos (equiv. TREXALL)	-	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
METHOXSALEN CÁPSULAS	-	3	DERMATOLÓGICOS
metoxsaleno cápsulas (equiv. OXSORALEN ULTRA)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metescopolamina comprimidos (equiv. PAMINE)	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
metosuximida cápsulas (equiv. CELONTIN)	-	3	ANTICONVULSIVOS
metildopa comprimidos (equiv. ALDOMET)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
METILDOPA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIHIPERTENSIVOS
metilergonovina comprimidos (equiv. METHERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 reposición/365 días)	QL	3	OXITÓCICOS
METHYLIN SOLUCIÓN	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato CD cápsulas (equiv. METADATE CD)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
NC = No cubierto genérico NC/3P = No cubierto, revisor externo	= letras minúsculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	d	LD D	Distribución limitada
· ·	a obligatorio de farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de			Restricción a especialistas
primeros 3 meses	o del tabaquismo	ST T	erapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENT	10		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
metilfenidato comprimidos masticables (equiv. METHYLIN)	-	3	TDAH / ANTI-NARCOLEPSIA / ANTI-
			OBESIDAD / ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER cápsulas (equiv. RITALIN LA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER cápsulas (equiv. APTENSIO XR)	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER comprimidos (equiv. CONCERTA)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
METILFENIDATO ER COMPRIMIDOS	-	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato ER comprimidos 72 mg	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato solución (equiv. METHYLIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato comprimidos (equiv. RITALIN)	-	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilfenidato td parches (equiv. DAYTRANA)	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
metilprednisolona acetato inyectable (equiv. DEPO-MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona paquete de dosis (equiv. MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona comprimidos (equiv. MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metilprednisolona succinato sódico inyectable (equiv. SOLU-MEDROL)	-	2	CORTICOSTEROIDES
metiltestosterona cápsulas	PA	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
METIPRANOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
metoclopramida solución (equiv. REGLAN)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
metoclopramida comprimidos (equiv. REGLAN)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
metolazona comprimidos (equiv. ZAROXOLYN)	-	2	DIURÉTICOS
metoprolol ER comprimidos (equiv. TOPROL XL)	-	2	BETA BLOQUEADORES
metoprolol comprimidos (equiv. LOPRESSOR)	-	2	BETA BLOQUEADORES
metoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOPRESSOR HCT)	_	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
METOZOLV ODT	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
METROCREAM	-	NC	DERMATOLÓGICOS
METROGEL 1 %	_	NC	DERMATOLÓGICOS
METROGEL GEL VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
METROLOTION	_	NC	DERMATOLÓGICOS
metronidazol cápsulas (equiv. FLAGYL)	<u>-</u>	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
metronidazol capadias (equiv. 1 EAGTE) metronidazol crema (equiv. METROCREAM)	-	2	DERMATOLÓGICOS
metronidazol gel (equiv. METROGEL)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metronidazol gel (equiv. METROGEL)	-	2	DERMATOLÓGICOS
metronidazol loción (equiv. METROLOTION)	-	3	DERMATOLÓGICOS
metronidazol comprimidos (equiv. FLAGYL)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
METRONIDAZOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTINFECCIOSOS - MISC.
	-	2	
metronidazol gel vaginal (equiv. METROGEL)	-		PRODUCTOS VAGINALES ANTIHIPERTENSIVOS
metirosina cápsula (equiv. DEMSER)	-	NC	
mexiletina clorhidrato cápsulas	-	3	ANTIARRÍTMICOS
MEXPAROX HC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
MIACALCIN INYECTABLE	-	NC	MISC.
micafungina inyectable (equiv. MYCAMINE)	M	6	ANTIFÚNGICOS
MICARDIS HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especia	al Nive	l Categoría
MICARDIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MICLARA LÍQUIDO	ОТС	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
MICONAZOL 3 SUPOSITORIOS 200 MG	-	4	PRODUCTOS VAGINALES
MICORT-HC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
MICROVIX LP PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
midazolam inyectable (equiv. MIDAZOLAM) (Restringido a especialistas Neurología)	en RS	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
midodrina comprimidos (equiv. PROAMATINE)	-	2	VASOCOMPRESORES
MIDUELLA, PARAGARD DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
mifepristona comprimidos (equiv. KORLYM) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	ANTIDIABÉTICOS
mifepristona comprimidos 200 mg (equiv. MIFIPREX)	-	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MIFIPREX COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MIGERGOT SUPOSITORIOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MIGLITOL COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDIABÉTICOS
miglitol comprimidos (equiv. MIGLITOL)	_	4	ANTIDIABÉTICOS
miglustat cápsulas (equiv. ZAVESCA) (únicamente disponible a través of Accredo 800-803-2523)	de LD-PA	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MIGRANAL SPRAY	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
MILLIPRED DP PAK	_	NC	CORTICOSTEROIDES
MILLIPRED COMPRIMIDOS	_	NC	CORTICOSTEROIDES
MINASTRIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
MINIPRESS CÁPSULAS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MINOCIN CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
minociclina cápsulas (equiv. MINOCIN)	-	2	TETRACICLINAS
MINOCICLINA ER CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
minociclina ER capsulas minociclina ER comprimidos (equiv. SOLODYN)	-	NC NC	TETRACICLINAS
minociclina en comprimidos (equiv. SOLODIN) minociclina comprimidos (equiv. DYNACIN)	-	3	TETRACICLINAS
MINOLIRA COMPRIMIDOS	-	NC	
	-		TETRACICLINAS ANTIHIPERTENSIVOS
minoxidil comprimidos (equiv. LONITEN) MIPLYFFA CÁPSULAS	- -	2 NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
mirabegrón comprimidos er (equiv. MYRBETRIQ)	_	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MIRALAX	OTC	NC	LAXANTES
MIRALAX PAQUETE	OTC	NC	LAXANTES
MIRAPEX ER COMPRIMIDOS	OIC	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
MIRAPEX COMPRIMIDOS MIRAPEX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
MIRCERA INYECTABLE	-	NC NC	AGENTES ANTIPARRINSONIANOS AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MIRCETTE COMPRIMIDOS	-	NC	
	-		ANTICONCEPTIVOS
MIRENA DIU	-	1	ANTICONCEPTIVOS
mirtazapina ODT (equiv. REMERON)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
mirtazapina comprimidos (equiv. REMERON)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
MIRVASO GEL	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
misoprostol comprimidos (equiv. CYTOTEC)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
M-M-R II INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML (QL= 1 dosis/24 días) MOBIC COMPRIMIDOS	QL-VAC -	1 NC	VACUNAS ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
	etras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
PA Autorización previa QL Límite de can SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono de primeros 3 meses		OTC RS	Distribución limitada De venta libre Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
modafinilo comprimidos (equiv. PROVIGIL) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
MODEYSO CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
moexipril comprimidos (equiv. UNIVASC)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
MOLINDONA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
mometasona crema (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS
mometasona spray nasal (equiv. NASONEX) (QL= 2 botellas/reposición)	QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
mometasona pomada (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS
mometasona solución (equiv. ELOCON)	-	2	DERMATOLÓGICOS
MONODOX CÁPSULAS	-	NC	TETRACICLINAS
montelukast comprimidos masticables (equiv. SINGULAIR)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
montelukast paquete granulado (equiv. SINGULAIR)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
montelukast comprimidos (equiv. SINGULAIR)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
MONUROL PAQUETE GRANULADO	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
MORPHABOND COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO ER CÁPSULAS PERLAS (La terapia escalonada requier	e ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
pasar por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])		7	AN LEGEORGE OF TOTAL
morfina sulfato ER comprimidos (equiv. MS CONTIN) (La terapia escalonada requiere pasar por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	ST	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 10 MG/5 ML	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN ORAL 100 MG/5 ML	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato solución oral 10 mg/5 ml (equiv. MORFINA SULFATO)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
morfina sulfato solución	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SOLUCIÓN 20 MG/5 ML		2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO SUPOSITORIO		3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MORFINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MOTEGRITY COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
MOTOFEN COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDIARREICOS
MOTPOLY XR CÁPSULAS	_	NC	ANTICONVULSIVOS
MOTRIN SUSPENSIÓN	_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
MOUNJARO INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
MOVANTIK COMPRIMIDOS	PA PA	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
MOVIPREP SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
MOXATAG COMPRIMIDOS	-	NC	PENICILINAS
MOXATAG COMPRIMIDOS 775 MG	•	NC	PENICILINAS
	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA, MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OF TALMICOS
moxifloxacina solución oftálmica (equiv. VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacina comprimidos (equiv. AVELOX)	-	3	FLUOROQUINOLONES
MOZOBIL INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MPM PAK	-	NC	OXITÓCICOS
MRESVIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1	VACUNAS
MS CONTIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
MUCINEX LÍQUIDO	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
NC = No cubierto genérico = letras minu	isculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio d	e farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad			Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	smo	ST	Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
MUCINEX COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
MULPLETA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTAQ COMPRIMIDOS	-	3	ANTIARRÍTMICOS
MULTIGEN FÓLICO COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTIGEN PLUS COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTIGEN COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
MULTI-MAC COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
MULTIVITAMINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
	-	NC 4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
multivitaminas comprimidos	-		_
MULTIVITAMINAS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
multivitaminas/minerales comprimidos (equiv. STROVITE)	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
mupirocina crema (equiv. BACTROBAN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
mupirocina pomada (equiv. BACTROBAN POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
MYALEPT INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MYAMBUTOL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
MYCAMINE INYECTABLE	M	6	ANTIFÚNGICOS
MYCAPSSA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
MYCOBUTIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
micofenolato DR comprimidos (equiv. MYFORTIC)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo cápsulas (equiv. CELLCEPT)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo suspensión (equiv. CELLCEPT SUSPENSIÓN)	-	5	CLASES SURTIDAS
micofenolato de mofetilo comprimidos (equiv. CELLCEPT)	-	5	CLASES SURTIDAS
MYDCOMBI SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MYDRIACYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
MYFEMBREE COMPRIMIDOS	-	NC	ESTRÓGENOS
MYFORTIC COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES SURTIDAS
MIHIBBIN SUSPENSIÓN	-	NC NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
	- MOD		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
MYLERAN COMPRIMIDOS	MSP	5	ADYUVANTES
MYNATAL-Z COMPRIMIDOS		4	MULTIVITAMÍNICOS
MYRBETRIQ SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MYRBETRIQ COMPRIMIDOS	-	3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
MYSOLINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
MYTESI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIARREICOS
nabumetona comprimidos (equiv. RELAFEN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
nadolol comprimidos (equiv. CORGARD)	-	3	BETA BLOQUEADORES
NAFLON CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naftifina crema (equiv. NAFTIN)	-	4	DERMATOLÓGICOS
NAFTIFINA CREMA		NC	DERMATOLÓGICOS
naftifina hcl gel 2% (equiv. NAFTIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NAFTIN GEL 2%	-	NC	DERMATOLÓGICOS DERMATOLÓGICOS
	-		ANALGÉSICOS - OPIOIDES
nalbufina inyectable	-	NC	
naloxona hcl spray nasal (equiv. NARCAN)	OTC	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
naloxona inyectable	-	2	ANTÍDOTOS V ANTACONIOTAS ESPECÍFICOS
naloxona inyectable precargado	-	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
NALOXONA PRECARGADO INY. (QL= 2 iny./reposición)	QL	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
naltrexona comprimidos (equiv. REVIA)		2	ANTÍDOTOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

NAMENDA XR CAPSULAS	Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
MAMENDA XR BLISTER CON DOSIS AJUSTADA	NAMENDA COMPRIMIDOS	-	NC	
NAMENDA XR BUSTERS CON DOSIS AJUSTADA	NAMENDA XR CÁPSULAS	-	NC	
MAMZARIC PAQUETE DE INICIO	NAMENDA XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y
NAMARIC PAQUETE DE INICIO APRELAN CR COMPRIMIDOS ANALGESICOS - AMTINELAMATORIOS NAPROSYN EC COMPRIMIDOS - NO C ANALGESICOS - AMTINELAMATORIOS NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 50 MG ANALOSSICOS - NO C ANALGESICOS - AMTINELAMATORIOS NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 50 MG NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 50 MG NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 50 MG NAPROSYN COMPRIMIDOS - NO C ANALGESICOS - AMTINELAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NO C ANALGESICOS - AMTINELAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NO C DERMATOLOGICOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NAPROSYN COMPRIMIDOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NAPR	NAMZARIC CÁPSULAS	-	NC	
NAPRGSYN EC COMPRINIDOS 500 MG	NAMZARIC PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 00 MG - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS NAPROSYN SUSPENSIÓN - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NC ANALGESICOS - NO ANTINIFLAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NC ANALGESICOS - NO ANTINIFLAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS - NC ANALGESICOS - NO ANTINIFLAMATORIOS NAPROSYN COMPRIMIDOS (equiv. NAPROSYN EC) - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS naproxene EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC) - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS naproxene EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC) - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS naproxene osidico comprimidos (equiv. ANAPROXYN) - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS NAPROXYNO SUSPENSIÓN - NANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS NAPROXYNO SUSPENSIÓN - NC ANALGESICOS - ANTINIFLAMATORIOS NAPROXYNO SUSPENSIÓN CONTINIFLAMATORIOS	NAPRELAN CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN SUSPENSIÓN	NAPROSYN EC COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROSYN COMPRIMIDOS	NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 500 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROXEN CREMA KIT COMPUESTO	NAPROSYN SUSPENSIÓN	-	NC	
Reprosence EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC)	NAPROSYN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
Reprosence CC comprimidos 500 mg (equiv. NAPROSYN EC)	NAPROXEN CREMA KIT COMPUESTO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
naproxeno sódico CR comprimidos (equiv. NAPRELAN CR) - 3 3 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno sódico comprimidos (equiv. ANAPROX 3 3 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS NAPROXENO SUSPENSIÓN NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN) 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazor magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazor magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazor magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazor magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazor magnesio DR comprimidos (equiv. ANERGE) (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 QL 3 PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA reposición SIGNA SACOLO TOTO SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) - OTC-QL 4 ANTIDEPRESIVOS ANTINETAMATORIOS NASCOBAL SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) - OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) - OTC-QL 4 AGENTES SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NASAL COMPRIMIDOS NC AGENTES HAMATORIOS NASCOBAL SPRAY NC AGENTES HAMATORIOS NASCOBAL SPRAY NC ANDICONCEPTITIVOS nateginidas comprimidos (equiv. STARLIX) NC AGENTES OFTALMICOS NATEGORIO (Equiv. STARLIX) NC ANDICONCEPTITIVOS NATEGORIO (Equiv.	naproxeno EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NaPROXENO SUSPENSIÓN -	naproxeno EC comprimidos 500 mg (equiv. NAPROSYN EC)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NAPROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN APROXENO SUSPENSIÓN ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS APROPURATOR ANTIRO SUSPENSIÓN ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS APROPURATOR ANTIRO SUSPENSIÓN ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS ANTIGONOS Y ANTIAGONISTAS ESPECÍFICOS ANTIGONOS Y ANTIGONISTAS ESPECÍFICOS ANTI	naproxeno sódico CR comprimidos (equiv. NAPRELAN CR)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno proxeno	naproxeno sódico comprimidos (equiv. ANAPROX)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN) - 2 ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naratripida comprimidos (equiv. AMERGE) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 QL 3 PRODUCTOS PARA LA MIGRAPIA reposiciones/30 días). NARCAN SPRAY NASAL OTC 2 ANTIDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG NARCAN SPRAY NASAL QL= 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NASACORTO TC SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NATACIA COMPRIMIDOS NATORIA COMPRIMIDOS NATORIA COMPRIMIDOS NATORIA COMPRIMIDOS NATORIA COMPRIMIDOS NATESTO GEL NATORIA COMPRIMIDOS NATESTO GEL NATORIA COMPRIMIDOS NATESTO GEL NATORIA COMPRIMIDOS NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC ANTICONVUSIVOS NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC ANTICONVUSIVOS NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRIO/ALERGIA NEFLEZACIÓN COMPRIMIDOS - NEMETY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASCOCAMPRESORES NEMETY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASCOCAMPRESORES NEMETY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) NEMETY SPRAY (QL= 2	NAPROXENO SUSPENSIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO) - NC ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS naratriprán comprimidos (equiv. AMERGE) (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 QL 3 PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA resposiciones/30 días) NARCAN SPRAY NASAL. OTC 2 ANTIDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARCAN SPRAY NASAL. OTC 4 ANTIDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NAROLA SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 ANTIDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NASCOBAL SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) - OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANTIDOMEPTIVOS NATESTO GEL NASAL SUBJECTOR NASA	naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYN)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
naratriptán comprímidos (equiv. AMERGE) (QL=9 comprimidos/reposición, 2 qls posiciones/30 días) ARACAN SPAY NASAL OTC ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARCAN SPAY NASAL OTC-QL ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARCAN SPAY NASAL OTC-QL ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARCAN SPAY NASAL OTC-QL ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NASCOBAL SPRAY OTC-QL A GENTES RASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY OTC-QL A GENTES HEMATOPOYÉTICOS NATCAY SUSPENSIÓN OFTÁLMICA NATCAY SUSPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) NATESTO GEL NATCAY SUSPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTEORA SUSPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTEORA SUSPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTEORA SUSPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTICONVULSIVOS NATESTO GEL NASAL NATCONVULSIVOS NATESTO GEL NASAL NATCONVULSIVOS NATESTO GEL NASAL NATICONVULSIVOS NATICONVULSIVOS NATICONVULSIVOS NEDIVOS (SUBPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTICONVULSIVOS NEDIVA SUBPENSIÓN (QL=2 dosis/reposición) QL ANTICONVULSIVOS NEDIVA SUBPENSIÓN (QL=1 frasco/reposición) QL ANTICONVULSIVOS NEDIVA SUBPENSIÓN (QL-1 frasco/re	naproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
reposiciones/30 días) NARCAN SPARY NASAL OTC ANTIDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG NASACORT DTC SPARY NASAL (QL= 2 frascos/reposición) OTC-QL 4 AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS NASCOBAL SPRAY NATACYN SUSPENSIÓN OFTALMICA NATCHANCYN SUSPENSIÓN OFTALMICA NATCHANCYN SUSPENSIÓN OFTALMICA NATCHANCYN SUSPENSIÓN OFTALMICA NATESTO GEL NATESTO GEL NATESTO GEL NASAL - NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) QL ANTENDAS SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NATOBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTINIFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTINIFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESPRIÓ/ALERGÍA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMPLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny.	naproxeno/esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. VIMOVO)	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
NARCAN SPRAY NASAL		2 QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
NASACORT OTC SPRAY NASAL (QL = 2 frascos/reposición) NASCOBAL SPRAY - 0 NASCOBAL SPRAY - 0 NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES HEMATOPOVÉTICOS NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC ANTICINABÉTICOS NATAZIA COMPRIMIDOS - 1 ANTICIONCEPTIVOS NATESTO GEL - NC ANDROGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANDROGENOS-ANABÓLICOS NATICION SULSIVOS REBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC ANTICON VULSIVOS REBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC REBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRIO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL = 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMILUVIO INYECTABLE (QL = 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA EXC Exclusión del jain a invisculas NC SICCIONA SUBJECTOR OFTÁLMICOS NOS BORDINIS ANDROGENOS. NASITROLIDA SUBJECTOR OFTÁLMICOS NOS COMBRESORS NEMICION OFTÁLMICO		OTC	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
NASCOBAL SPRAY NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA NC AGENTES OFTÁLMICOS NATAZIA COMPRIMIDOS nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX) NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL NASAL NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL = 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL = 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS REBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS NEFY SPRAY (QL = 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMUVIO INYECTABLE (QL = 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/fidexametasona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA NC PO NO cubierto, revisor externo NC/3P - No cubierto revisor ext	NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG	-	4	ANTIDEPRESIVOS
NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES OFTÁLMICOS NATAZIA COMPRIMIDOS - 1 ANTICONCEPTIVOS nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX) - NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL NATESTO GEL S - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) QL 3 ANTICONVULSIVOS nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - NC ANTICONVULSIVOS nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - NC AGENTES ANTINIPECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESRRÍO/ALERGÍA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - NC ANTIDEPRESIVOS NEFFAZODONA COMPRIMIDOS - NC ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny /56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - QAGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - QAGENTES OTTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - QAGENTES OTTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. MAXITROL) - QAGENTES OTTÁLMICOS NAXITROL) NC = No cubierto NOGP en NogP en No cubierto NOGP en No cubierto NOGP en NogP en No cubierto NOGP en N	NASACORT OTC SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	4	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
NATAZIA COMPRIMIDOS nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX) - NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATEOR GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NATOBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NAVZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUBAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMILUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NAXITROL) NACO - No cubierto NACO -	NASCOBAL SPRAY	-	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX) - NC ANTIDIABÉTICOS NATESTO GEL NATESTO GEL NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL - NC ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (OL= 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS nebivolo hot comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - 2 BETA BLOQUEADORES NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - A ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OTTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OTFÁLMICA - 2 AGENTES OTTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión dítica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión dítica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión dítica (equiv. MAXITROL) - VA GENTES OTTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión dítica (equiv. MAXITROL) - VA GENTES OTTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OTTÁLMICA - 2 AGENTES ÓTICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OTTÁLMICA - 2 AGENTES OTTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OTTÁLMICA - 2 AGENTES OTTÁLMIC	NATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
NATESTO GEL NASAL ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATESTO GEL NASAL ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) QL ADROGENOS-ANABÓLICOS NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - NEFAZODONA COMPRIMIDOS - NEFEY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona sulución ótica (equiv. CORTISPORIN) - neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - NC = No cubierto NC3P = No cubierto NC3P = No cubierto, revisor externo EXC EXC Exclusión del plan NBP Programa obligatorio de farmacia especializada NBP Programa obligatorio de farmacia especializada SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del labaquismo ST Terapia escalonada Terapia escalonada	NATAZIA COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
NATESTO GEL NASAL NATEROBA SUSPENSIÓN (QL = 1 frasco/reposición) QL 4 DERMATOLÓGICOS NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - 2 BETA BLOQUEADORES NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL = 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL = 1 iny./56 días) NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. MAXITROL) NC = No cubierto NC SENDRUS SELETRAS MAYÚSCULAS NAXITROL NC = No cubierto NC/3P = NO cu	nateglinida comprimidos (equiv. STARLIX)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición) NAYZILAM SPRAY - NC ANTICONVULSIVOS nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - 2 BETA BLOQUEADORES NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv. MAXITROL) NC = No cubierto NC/3P =	NATESTO GEL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
NAYZILAM SPRAY nebivolol hcl comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - 2 BETA BLOQUEADORES NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS NAXITROL) NC = No cubierto NC/3P = NO cubiert	NATESTO GEL NASAL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
nebivolol hol comprimidos (equiv. BYSTOLIC) - 2 BETA BLOQUEADORES NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRIO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL = 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL = 1 iny./56 días) NEMLUVIO INYECTABLE (QL = 1 iny./56 días) NEMDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL neomicina comprimidos - 2 AMINOGLUCÓSIDOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv. MAXITROL) NC = No cubierto NC: No c	NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	4	DERMATOLÓGICOS
NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto	NAYZILAM SPRAY	-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR - NC TOS/RESFRÍO/ALERGIA NEFAZODONA COMPRIMIDOS - 4 ANTIDEPRESIVOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) QL 3 VASOCOMPRESORES NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan NS Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada NS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	nebivolol hcl comprimidos (equiv. BYSTOLIC)	-	2	BETA BLOQUEADORES
NEFAZODONA COMPRIMIDOS NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMP-PA-QL DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA REOMICINA/POLIMIXINA/dracortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/dexametasona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/dexametasona pomada oftálmica (equiv. CORTISPORIN) REOMICINA/POLIMIXINA/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) REOMICINA/POLIMIXINA/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) REOMICINA/POLIMIXINA/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv. Pagentica eletras minúsculas NC/AP = No cubierto NC	NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) NEMDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS NC3P = No cubierto NC3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días) MSP-PA-QL 5 DERMATOLÓGICOS NENDRUX GEL - NC DERMATOLÓGICOS neomicina comprimidos - 2 AMINOGLUCÓSIDOS NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas FI Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	NEFAZODONA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIDEPRESIVOS
NENDRUX GEL neomicina comprimidos	NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición)	QL	3	VASOCOMPRESORES
NENDRUX GEL neomicina comprimidos	NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto		-	NC	DERMATOLÓGICOS
neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto	neomicina comprimidos	-	2	AMINOGLUCÓSIDOS
neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORIN) - 2 AGENTES ÓTICOS neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto	NEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL) - 2 AGENTES OFTÁLMICOS neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv 2 AGENTES OFTÁLMICOS MAXITROL) NC = No cubierto	neomicina/polimixina/hidrocortisona solución ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2	AGENTES ÓTICOS
neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona solución oftálmica (equiv MAXITROL) NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo AGENTES OFTÁLMICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS DISTRIBUCIÓN Ilmitada LD Distribución limitada OTC De venta libre RS Restricción a especialistas ST Terapia escalonada	neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensión ótica (equiv. CORTISPORI	N) -	2	AGENTES ÓTICOS
MAXITROL) NC = No cubierto	neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftálmica (equiv. MAXITROL)	· -	2	AGENTES OFTÁLMICOS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Límitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	iv	2	AGENTES OFTÁLMICOS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses	NC = No cubierto genérico =	letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses	NC/3P = No cubierto, revisor externo		I D	Distribución limitada
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses	· ·	bligatorio de farmacia especializada		
primeros 3 meses	•			
		el tabaquismo	ST	Terapia escalonada
	· ·			

Nombre	e del medicamento			Código especial	Niv	el Categoría
	NA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SOL	UCIÓN	OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
	AL 19 COMPRIMIDOS			-	4	MULTIVITAMÍNICOS
	AL FE COMPRIMIDOS			-	4	MULTIVITAMÍNICOS
	CÁPSULAS			-	NC	CLASES SURTIDAS
	SOLUCIÓN			_	NC	CLASES SURTIDAS
	JS ESPUMA			_	NC	DERMATOLÓGICOS
	US LOCIÓN			_	NC	DERMATOLÓGICOS
	RIN SOLUCIÓN OFTÁLMICA			_	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
	VALAR CREMA			_	NC	DERMATOLÓGICOS
	N FA COMPRIMIDOS			_	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	ANE COMPRIMIDOS				NC	DIURÉTICOS
NERLYN:	X COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	; únicam	nente disponible a	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
	TA INYECTABLE			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NEUPOG	EN INYECTABLE			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NEUPRO	PARCHES			-	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
	ITIN CÁPSULAS			-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEURON	TIN SOLUCIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
	TIN COMPRIMIDOS 600 MG			-	NC	ANTICONVULSIVOS
NEURON	TIN COMPRIMIDOS 800 MG			-	NC	ANTICONVULSIVOS
	C SUSPENSIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
	a ER comprimidos (equiv. VIRAMUNE XR)			_	2	ANTIVIRALES
	PINE ER COMPRIMIDOS (La terapia escalo	nada re	ouiere la prueba	ST	5	ANTIVIRALES
de nevira	` · · · · ·	iliada 10	quiere la praeba	01	Ü	711111111111111111111111111111111111111
	INA SUSPENSIÓN			-	NC	ANTIVIRALES
nevirapina	a comprimidos (equiv. VIRAMUNE)			-	NC	ANTIVIRALES
NEXAVA	R COMPRIMIDOS			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
NEVICLO	NI VE COMPRIMIDOS				NO	ADYUVANTES
	N XR COMPRIMIDOS			- OTC	NC 4	ANTIHIPERTENSIVOS MEDICAMENTOS PARA
NEXIUN	24HR COMPRIMIDOS			OTC	4	ÜLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
NEXIUM	PAQUETE GRANULADO			-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
requiere p	DL COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; orueba de atorvastatina, fluvastatina, lovasta tina o simvastatina)	; La tera atina, pr	pia escalonada avastatina,	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NEXLIZE requiere	itilia o silivastatilia) T COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; orueba de atorvastatina, na, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o			QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	NON IMPLANTE		,	_	1	ANTICONCEPTIVOS
	ELLIS COMPRIMIDOS			-	1	ANTICONCEPTIVOS
	INYECTABLE			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
					110	MISC.
	R comprimidos (equiv. NIASPAN)			-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NIACOR	COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
NIASPAN	ER COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	a cápsulas (equiv. CARDENE)			-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NICODE	RM PARCHES (Limitado a 180 días/año del	l plan)		OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICORE	TE CHICLE (Limitado a 180 días/año del p	lan)		OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP		de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaqui	ismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC	•	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina chicle (equiv. NICORETTE) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTINE PAK (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina pastillas (equiv. COMMIT) (Limitado a 180 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nicotina parches (equiv. NICODERM) (Limitado a 180 días/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nifedipino cápsulas (equiv. PROCARDIA)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
nifedipino ER comprimidos (equiv. ADALAT CC)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NILOTINIB CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nilotinib hcl cápsulas (equiv. TASIGNA)	MSP-PA	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
nimodipina cápsulas (equiv. NIMOTOP)	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NINLARO CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Diplomat 877-977-9118 Walgreens 888-347-3416, Walmart Specialty 877-453-4566)	, LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NIRAVAM ODT	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
nisoldipina ER comprimidos (equiv. SULAR)	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG, 40 MG	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 25.5 MG	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
nitazoxanida comprimidos (equiv. ALINIA) (QL= 6 comprimidos/3 días)	PA-QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitisinona cápsulas (equiv. ORFADIN)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NITRO-BID POMADA	-	3	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITRO-DUR PARCHES	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITRO-DUR PARCHES 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitrofurantoína macrocristales cápsulas (equiv. MACRODANTIN)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína macrocristales cápsulas 25 mg (equiv. MACRODANTIN)	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína monohidrato cápsulas (equiv. MACROBID)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
nitrofurantoína suspensión (equiv. FURADANTIN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NITROFURANTOÍNA SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
NITROGLICERINA ER CÁPSULAS	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina spray lingual (equiv. NITROLINGUAL)	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina pomada (equiv. RECTIV)	-	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
nitroglicerina parches (equiv. NITRO-DUR)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
nitroglicerina SL comprimidos (equiv. NITROSTAT)	-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROLINGUAL PUMP SPRAY	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROMIST SPRAY	-	4	AGENTES ANTIANGINOSOS
NITROSTAT SL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
NITYR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NIVESTYM INYECTABLE	MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
NIZATIDINE CÁPSULAS	-	2	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGIC OS
nizatidina cápsulas (equiv. AXID)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
NIZORAL SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NOCDURNA SL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NOCTIVA EMULSIÓN SPRAY	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
NORDITROPIN INYECTABLE, NUTROPIN AQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
noretindrona ace-etinilestradiol-fe cápsulas (equiv. TAYTULLA)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona acetato/etinilestradiol FE comprimidos masticables (equiv. MINASTRIN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona acetato/etinilestradiol comprimidos (equiv. LOESTRIN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona comprimidos (equiv. NORA-QD)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
noretindrona comprimidos (equiv. AYGESTIN)	-	2	PROGESTINAS
noretindrona/etinilestradiol FE comprimidos (equiv. LOESTRIN FE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
NORGESIC FORTE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
NORGESIC COMPRIMIDOS, ORFENADRINA/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS 25-385-30 MG	-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
NORITATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL (Se requiere autorización previa para miembros a partir de 9 años en adelante)	₽ PA	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NORPACE CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
NORPACE CR CÁPSULAS	-	3	ANTIARRÍTMICOS
NORPRAMIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
NOR-QD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
NORTHERA CÁPSULAS	-	NC	VASOCOMPRESORES
nortrel comprimidos (equiv. OVCON 35)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
nortriptilina cápsulas (equiv. PAMELOR)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
nortriptilina solución oral (equiv. NORTRIPTILINA)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
NORVASC COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NORVIR CÁPSULAS	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR POLVO EN PAQUETE	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR SOLUCIÓN	-	4	ANTIVIRALES
NORVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
NOURIANZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
NOVACORT GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NOVAVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
NOVOEIGHT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN 70/30 RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN N FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especia	l Nive	el Categoría
NOVOLIN N INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN N RELION 100 UNIDADES/ML	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLIN R RELION INYECTABLE	OTC	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG FLEXPEN INYECTABLE	010	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECTABLE	·	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG INYECTABLE	<u> </u>	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG INTECTABLE NOVOLOG MIX FLEXPEN INYECTABLE		NC	ANTIDIABÉTICOS
	-	NC NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOLOG MIX INYECTABLE	-		
NOVOLOG PENFILL INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
NOVOSEVEN RT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
AGUJA PARA PLUMA NOVOTWIST/NOVOFINE	ОТС	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
NOXAFIL PAK	-	4	ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
np thyroid comprimidos (equiv. ARMOUR TIROIDES, NATURE THROID) -	2	AGENTES TIROIDEOS
NUBEQA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NUCALA INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
NUCARACLINPA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUCARARXPAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUCORT LOCIÓN	-	4	DERMATOLÓGICOS
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; la terapia esca requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependopioides ER])		3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NUCYNTA COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NUDERMRXPAK PAQUETE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUEDEXTA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
nulido parches (equiv. NULIDO)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUPLAZID CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
NUPLAZID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
NUVAKAAN II KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NUVARING	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
NUVESSA GEL VAGINAL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
NUVIGIL COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
NUWIQ INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NUWIQ KIT	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
NUZYRA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
NYATA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NYMALIZE SOLUCIÓN	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
NYPOZI INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
nistatina crema (equiv. MYCOSTATIN CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina pomada	-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina polvo	-	2	ANTIFÚNGICOS
nistatina suspensión	-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
	o = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilida	ad	LD	Distribución limitada
·	na obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite d	e cantidad	RS	Restricción a especialistas

M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses
VAC Programa de vacunación ¢ RXCENTS

Nombre del medicamento			Código especia	l Nive	l Categoría
NISTATINA SUSPENSIÓN			-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
nistatina comprimidos			-	2	ANTIFÚNGICOS
nistatina polvo tópico			-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina/triamcinolona crema			-	2	DERMATOLÓGICOS
nistatina/triamcinolona pomada			-	2	DERMATOLÓGICOS
NYVEPRIA INYECTABLE			=	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OBIZUR INYECTABLE			-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
OCALIVA COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
octreotida inyectable (equiv. SANDOSTATIN)			MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG			MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OCUFLOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ODACTRA SL COMPRIMIDOS			PA	4	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
ODEFSEY COMPRIMIDOS			_	NC	ANTIVIRALES
ODOMZO CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)			MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OFEV CÁPSULAS			-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ofloxacina solución oftálmica (equiv. OCUFLOX)			-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
ofloxacina solución ótica (equiv. FLOXIN)			-	2	AGENTES ÓTICOS
OFLOXACINA COMPRIMIDOS			-	2	FLUOROQUINOLONES
OGSIVEO COMPRIMIDOS			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OGSIVEO COMPRIMIDOS 50 MG			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OHTUVAYRE SUSPENSIÓN			-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
OJEMDA SUSPENSIÓN			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OJEMDA COMPRIMIDOS			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
OJJAARA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicar través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-663		isponible a	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
olanzapina ODT (equiv. ZYPREXA)			-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
olanzapina comprimidos (equiv. ZYPREXA)			=	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
olanzapina/fluoxetina cápsulas (equiv. SYMBYAX)			-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
OLLIZAC POLVO			-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
olmesartán comprimidos (equiv. BENICAR)			-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida comprimidos (equ comprimidos)	uiv. TRIE	BENZOR	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
olmesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. BENICA	R HCT)		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
olopatadina spray nasal (equiv. PATANASE)			-	3	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
olopatadina solución oftálmica 0.1 % (equiv. PATANOL)			OTC	2	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadina solución oftálmica 0.2 % (equiv. PATADAY) (0	QL= 2.5	ml/30 días)	OTC-QL	2	AGENTES OFTÁLMICOS
OLPRUVA PAQUETE			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OLUMIANT COMPRIMIDOS			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
OLUX E ESPUMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras	minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
·		Infertilidad	. , ,		Distribución limitada
		-	orio de farmacia especializada		De venta libre
·		Límite de cantida Abandono del tab			Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

ONE GA, 3 RX PAK COMPLETO - NC ANTHHERELIPIDÉMICOS adiation omaga-3 etili esteries cápsulate (equiv. LOVAZA) - 2 ANTHHERELIPIDÉMICOS omeprazol DR cépsulats (equiv. PRILOSEC) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA uncersa, comprimidos OTC NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA uncersa, santies pasamolóricos/santicolumbris (ejocos) ULCERAS, ANTES PASAMOLOCOS/ANTICOLINÉT (ejocos) omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNIARIS SPRAY NASAL - NC CEFALOSPORINAS OMNIPORO SE DES CUECHO - NC CEFALOSPORINAS OMNIPORO SE DES GUECHO - NC CEFALOSPORINAS OMNIPOD SE DES GYGE RODIS (QLE 1 podesidos) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOS <tr< th=""><th>Nombre del medicamento</th><th></th><th></th><th>Código especial</th><th>Niv</th><th>el Categoría</th></tr<>	Nombre del medicamento			Código especial	Niv	el Categoría
Addition comega-3 ettl esteres cápsulas (equiv. PRILOSEC) - 2 ATTHIFERLIPIDÉMICOS	OLUX ESPUMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
omeprazol DR cabpsulas (equiv. PRILOSEC) - 2 MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC) OTC NC MEDICAMENTOS PARA (LUCERASIANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉTI GICOS omeprazol comprimidos OTC 2 MEDICAMENTOS PARA (LUCERASIANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉTI GICOS omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA (LUCERA (LUCERA) (LUCERA	OMEGA-3 RX PAK COMPLETO			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC) OTC NC MEDICAMENTOS PARA ÜLGERAS/ANTIESPASMODICOS/ANTICOLINÉI GICOS omeprazol comprimidos OTC 2 MEDICAMENTOS PARA ULGERAS/ANTIESPASMODICOS/ANTICOLINÉI GICOS omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNARIS SPRAY NASAL - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNIARIS SPRAY NASAL - NC CEFALOSPORINAS OMNIFOR SUSTENSIÓN - NC CEFALOSPORINAS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 FODS (QL=10 pods/30 dias) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GY MIS PODS QL=10 pods/30 dias) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GY M	ácido omega-3 etil esteres cápsulas (equiv. LOVAZA)			-	2	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC) OTC NC MEDICAMENTOS PARA ÜLGERAS/ANTIESPASMODICOS/ANTICOLINÉI GICOS omeprazol comprimidos OTC 2 MEDICAMENTOS PARA ULGERAS/ANTIESPASMODICOS/ANTICOLINÉI GICOS omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNARIS SPRAY NASAL - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNIARIS SPRAY NASAL - NC CEFALOSPORINAS OMNIFOR SUSTENSIÓN - NC CEFALOSPORINAS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL=1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 FODS (QL=10 pods/30 dias) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GY MIS PODS QL=10 pods/30 dias) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GY M	- , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
Comprise	,	'RILOSEC	;)	OTC	NC	ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR
omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv. ZEGERID) - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA OMNARIS SPRAY NASAL - NC AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICO OMNICES SUSPENSIÓN - NC CEFALOSPORINAS OMNIPAQUE SOLUCIÓN - NC PRODUCTOS DE DIAGNOSTICO OMNIPOD 5 DEX G766 RIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G766 RIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G766 RIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 RIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 PODS (QL = 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 PODS (QL = 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC	omeprazol comprimidos			OTC	2	ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR
OMNIARIS SPRAY NASAL - NC AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICO OMNICES SUSPENSIÓN - NC CEFALOSPORINAS OMNIPOD SOLUCIÓN - NC PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GF KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GF KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GF MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM (QLE 1 kit/año) QL 3	omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEG	ERID)		-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
OMNICEF SUSPENSIÓN - NC CEFALOSPORINAS OMNIPAQUE SOLUCIÓN - NC PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 FODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 GY KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS GG KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS GG PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH LIBRE2 PLUS GG PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 1 pods/mes) QL 3<	omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (eq	uiv. ZEGE	RID)	-	NC	
OMNIPAQUE SOLUCIÓN - NC PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (LI= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INCICO (XIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMINIPOD KIT DE INCICO (XIT (Q	OMNARIS SPRAY NASAL			-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH HTD E INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PDM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 11 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 1	OMNICEF SUSPENSIÓN			-	NC	CEFALOSPORINAS
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kil/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kil/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PDM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD BASH PDMS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) <td>OMNIPAQUE SOLUCIÓN</td> <td></td> <td></td> <td>-</td> <td>NC</td> <td>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO</td>	OMNIPAQUE SOLUCIÓN			-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
OMNIPOD 5 67 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 67 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBREZ PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH RIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PDM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POBS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POBS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD ENTE (CL= 10 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNITOPE INYECTABLE - NC	OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (Q	L= 1 kit/añ	0)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días) OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD BASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT (QL= 10 pods/mes) QL 4 RELACIONADA OMDITOR RELACIONADA OMDITOR RELACIONADA ON ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS QL 4 ANTIEMÉTICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA DULTRASOFT LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA DULTRASOFT LANCETAS QTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS ME	OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes)			QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/ams) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH RIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS Y METABÓLICOS - MISC. ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS QUE ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS QUE ANTIEMÉTICOS QUE	OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/a	año)		QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH POM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD BASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT GL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 4 AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS MISC. OMYOH INYECTABLE - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. ONAPGO INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA ONDADASETRÓN COMPRIMIDOS - ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS - NC ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS - NC ANTIEMÉTICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSU	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días)			QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODN KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMSICO. OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMSICO. OMPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMATIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONET OUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LA	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCI	ÓN (QL= 1	l kit/año)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODN KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL = 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMSICO. OMNIPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMSICO. OMPOD KIT DE INICIO (QL = 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMATIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONET OUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONET OUCH DELICA PLUS LA	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/3	30 días)		QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD DASH PDM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA 5 AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. OMVOH INYECTABLE - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. ONAPGO INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS - NC ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT - NC ANTIEMÉTICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA OUTRASOFT LANCETAS OTC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS ONURES COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS ONURES COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS				QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD DASH PDM KIT - NC DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) QL 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA 5 AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. OMVOH INYECTABLE - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. ONAPGO INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS - NC ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT - NC ANTIEMÉTICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA OUTRASOFT LANCETAS OTC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS ONURES COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS ONURES COMPRIMIDOS - NC ANTIDABÉTICOS	OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kir	t/año)		QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA S AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. OMVOH INYECTABLE - ONAPGO INTERMÉTICOS ONETIMÉTICOS ONE	OMNIPOD DASH PDM KIT	,		-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes) OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA S AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. OMVOH INYECTABLE - ONAPGO INYECTABLE - ONA ANTIEMÉTICOS ONETIMENÉTICOS	OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes)			QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año) OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA S AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. OMVOH INYECTABLE - NC AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. ONAPGO INYECTABLE - NC ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPÍA RELACIONADA ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN) - ONABOLICÓN (equiv. ZOFRAN) - ONADANSETRÓN COMPRIMIDOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS ONETOU	, , ,			QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
OMNITROPE INYECTABLE MSP-PA MSC MTIPATES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. MISC	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •					
ONAPGO INYECTABLE	OMNITROPE INYECTABLE					AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
RELACIONADA ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN)	OMVOH INYECTABLE			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN) - 2 ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS - NC ANTIEMÉTICOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT - NC ANTIEMÉTICOS ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONFI SUSPENSIÓN - NC ANTICONVULSIVOS ONFI COMPRIMIDOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS	ONAPGO INYECTABLE			-	NC	
ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN) ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONETOUCH DELICA LANCETAS ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS ONFI SUSPENSIÓN ONFI COMPRIMIDOS ONFI COMPRIMIDOS ONGLYZA COMPRIMIDOS ONUREG COMPRIMIDOS ONUR	ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN)			-	2	ANTIEMÉTICOS
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT ONETOUCH DELICA LANCETAS ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONFI SUSPENSIÓN ONFI COMPRIMIDOS ONFI COMPRIMIDOS ONGLYZA COMPRIMIDOS ONUREG COMPRIMIDOS ON	ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN)			-	2	ANTIEMÉTICOS
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONFI SUSPENSIÓN ONFI COMPRIMIDOS ONFI COMPRIMIDOS ONGLYZA COMPRIMIDOS ONUREG COMPRIMIDOS	ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN)			-	2	ANTIEMÉTICOS
ONETOUCH DELICA LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONFI SUSPENSIÓN - NC ANTICONVULSIVOS ONFI COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIEMÉTICOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC ONFI SUSPENSIÓN - NC ONFI COMPRIMIDOS - NC ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ONUREG COMPRIMIDO	ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT			-	NC	ANTIEMÉTICOS
ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS OTC 3 DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS ONFI SUSPENSIÓN - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONETOUCH DELICA LANCETAS			OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONFI SUSPENSIÓN - NC ANTICONVULSIVOS ONFI COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS			OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONFI COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS			OTC	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
ONFI COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONFI SUSPENSIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
ONGLYZA COMPRIMIDOS - NC ANTIDIABÉTICOS ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONFI COMPRIMIDOS			-		
ONUREG COMPRIMIDOS - NC ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS	ONGLYZA COMPRIMIDOS			-		_
	ONUREG COMPRIMIDOS			-		ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
ONYCHO-MED KIT - NC DERMATOLÓGICOS	ONYCHO-MED KIT			-	NC	DERMATOLÓGICOS
	ONYDA XR SUSPENSIÓN			-		TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/
ONZETRA XSAIL - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA	ONZETRA XSAIL			-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC/3P = No cubierto, revisor externo			genérico = letras mi	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada			Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre				de farmacia especializada		
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	l •			uiemo		•
primeros 3 meses SH Limitado a dos reposiciones de 15 dias por los SMKG Abandono del tabaquismo S1 Terapia escalonada		SIVING	Abandono dei tabaqi	uisiilU	J1	i Grapia Escaluliava
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS	VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especia	al Niv	rel Categoría
OPANA COMPRIMIDOS	=	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OPFOLDA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OPILL COMPRIMIDOS	OTC	NC	ANTICONCEPTIVOS
OPIPZA PELÍCULA	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
tintura de opio	-	4	ANTIDIARREICOS
OPSUMIT COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
OPSYNVI COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
OPVEE SPRAY NASAL	-	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año)	PA-QL	4	DERMATOLÓGICOS
ORACEA CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ORACIT SOLUCIÓN	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
ORALAIR SL COMPRIMIDOS	-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
ORAP COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ORAPRED ODT COMPRIMIDOS	-	4	CORTICOSTEROIDES
ORAPRED SOLUCIÓN	-	NC	CORTICOSTEROIDES
ORAVIG COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
ORENCIA CLICK INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0.4 ML	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENCIA SC INYECTABLE 87.5 MG/0.7 ML	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ORENITRAM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ORENITRAM COMPRIMIDOS PAQUETE MENSUAL	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ORFADIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORFADIN SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORGOVYX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORIAHNN CÁPSULAS	_	NC	ESTRÓGENOS
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO (QL= 2 paquetes/día; únicamente disponib través de Walgreens 888-347-3416)	ole a LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ORKAMBI COMPRIMIDOS (QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
ORLADEYO CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ORLYNVAH COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
orfenadrina citrato ER comprimidos (equiv. NORFLEX)	-	2	AGENTES DE TERAPIA
ORSERDU COMPRIMIDOS	-	NC	MUSCULOESQUELÉTICA ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORSERDU COMPRIMIDOS 345 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ORTHO TRI-CYCLEN (LO) COMPRIMIDOS		NC	ANTICONCEPTIVOS
ORTHO-CYCLEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
ORTIKOS ER CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
NC = No cubierto genérico = letras	s minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	torio de farmacia especializada id	LD OTC RS ST	Distribución limitada De venta libre Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación de PyCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

PΑ

SF

Autorización previa

primeros 3 meses

Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

Nombre dei medicamento	<u>Codigo especia</u>	<u> </u>	<u>ei Calegoria</u>
oseltamivir cápsulas (equiv. TAMIFLU) (QL= 10 cápsulas/reposic	ión) QL	2	ANTIVIRALES
oseltamivir cápsulas 30 mg (equiv. TAMIFLU) (QL= 20 cápsulas/r	reposición) QL	2	ANTIVIRALES
oseltamivir suspensión (equiv. TAMIFLU) (QL= 250 ml/reposición	ı) QL	3	ANTIVIRALES
OSMOLEX ER COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
OSMOPREP COMPRIMIDOS	-	NC	LAXANTES
OSPHENA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
OTEZLA PAQUETE DE INICIO	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
OTEZLA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
otomax-HC solución ótica (equiv. CORTANE-B)	-	NC	AGENTES ÓTICOS
OTOVEL SOLUCIÓN ÓTICA, CIPROFLOXACINA/FLUOCINOLC ÓTICA	DNA SOLUCIÓN -	NC	AGENTES ÓTICOS
OTULFI INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
OTULFI JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE PLUS ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVACE ENJUAGUE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVCON 35 COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
OVEEZA CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OVIDE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OVIDREL INYECTABLE	INF	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
oxaprozina comprimidos (equiv. DAYPRO)	-	3	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
oxazepam cápsulas (equiv. SERAX)	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
OXBRYTA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
OXBRYTA COMPRIMIDOS PARA SUSPENSIÓN ORAL	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
oxcarbazepina er comprimidos (equiv. OXTELLAR)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepina suspensión (equiv. TRILEPTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepina comprimidos (equiv. TRILEPTAL)	-	2	ANTICONVULSIVOS
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
OXIANUJO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
nitrato de oxiconazol crema (equiv. OXISTAT)	-	4	DERMATOLÓGICOS
OXISTAT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXISTAT LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXSORALEN ULTRA CÁPSULAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
OXTELLAR XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
oxibutinina ER comprimidos (equiv. DITROPAN XL)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
oxibutinina jarabe	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
oxibutinina comprimidos (equiv. DITROPAN)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
OXYBUTYNIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
oxicodona cápsulas (equiv. OXYIR)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxicodona concentrado (equiv. ROXICODONE)	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxicodona solución (equiv. ROXICODONE)	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA COMPRIMIDOS	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxicodona comprimidos (equiv. ROXICODONE) oxicodona/acetaminofeno cápsulas (equiv. TYLOX)	- -	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo			
EXC Exclusión del plan INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP PA Autorización previa OI	Programa obligatorio de farmacia especializada Límite de cantidad	OTC RS	De venta libre Restricción a especialistas

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Límite de cantidad

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

QL

SMKG

RS

ST

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN		3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN 10-300 MG/5 ML, PROLATE SOLUCIÓN 10-300MG/5ML	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxicodona/acetaminofeno comprimidos (equiv. PERCOCET)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS 2.5-300 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXICODONA/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oxicodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. COMBUNOX)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXYCONTIN CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OXYIR CÁPSULAS	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
oximorfona comprimidos	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
OZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC
paliperidona ER comprimidos (equiv. INVEGA)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
PALYNZIQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PAMELOR CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
pamidronato inyectable	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PANCREAZE CÁPSULAS, PERTZYE CÁPSULAS, ULTRESA CÁPSULAS, ZENPEP CÁPSULAS	-	NC	AYUDA DIGESTIVA
PANDEL CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PANRETIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
pantoprazol EC comprimidos (equiv. PROTONIX)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
pantoprazol sódico paquete (equiv. PROTONIX PAK)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR GICOS
paramox hc gel (equiv. NOVACORT GEL)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PAREGÓRICO TINTURA	-	NC	ANTIDIARREICOS
paricalcitol cápsulas (equiv. ZEMPLAR)	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PARLODEL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PARLODEL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PARNATE COMPRIMIDOS	_	NC	ANTIDEPRESIVOS
paroxetina cápsulas (equiv. BRISDELLE)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
paroxetina ER comprimidos (equiv. PAXIL CR)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
PAROXETINA SUSPENSIÓN	-	4	ANTIDEPRESIVOS
paroxetina comprimidos (equiv. PAXIL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
PASER GRANULADO	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PATANASE SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PAXIL CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL SUSPENSIÓN ORAL	-	4	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7%	OTC	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
pazopanib comprimidos (equiv. VOTRIENT) (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
pb-belladonna elixir (equiv. DONNATAL)	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
NC = No cubierto genérico = letras mir	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa obligatorio PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaqu primeros 3 meses	de farmacia especializada	LD OTC RS ST	Distribución limitada De venta libre Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
PCE COMPRIMIDOS	-	4	MACRÓLIDOS
MEDIDOR DE FLUJO PICO	OTC	2	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PEDIARIX INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro solución	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro/hierro solución	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PEDIZOLPAK PAQUETE DE TERAPIA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PEDVAXHIB INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos de Moviprep) (equiv. MOVIPREP) (\$0 de	QL	1	LAXANTES
copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubierto			D V W I L C
con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario			
peg 3350/electrolitos solución (equiv. COLYTE) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de	QL	1	LAXANTES
medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)			
peg 3350/electrolitos solución (equiv. NULYTELY) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1	LAXANTES
PEGANONE COMPRIMIDOS	-	3	ANTICONVULSIVOS
PEGASYS INYECTABLE	MSP	5	ANTIVIRALES
PEG-INTRON INYECTABLE	MSP	5	ANTIVIRALES
PEG KIT DE PREPARACIÓN	÷	NC	LAXANTES
PEMAZYRE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
AGUJA PARA PLUMA	ОТС	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PENBRAYA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
penciclovir crema (equiv. DENAVIR)	-	NC NC	DERMATOLÓGICOS
penicilamina comprimidos (equiv. DEPEN TITRATAB)	_	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
penicilamina cápsulas (equiv. CUPRIMINE)	<u>-</u>	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
PENICILINAS VK SOLUCIÓN	_	2	PENICILINAS
penicilina vk comprimidos (equiv. VEETIDS)	-	2	PENICILINAS
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•		DERMATOLÓGICOS
PENLAC SOLUCIÓN	- \/AC	NC	
PENMENVY INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PENNSAID SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PENTACEL INYECTABLE	VAC	1	TOXOIDES
pentamidina solución para nebulización (equiv. NEBUPENT)	-	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
PENTASA CR CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
pentazocina/acetaminofeno comprimidos (equiv. TALACEN)	-	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
pentazocina/naloxona comprimidos (equiv. TALWIN NX)	-	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PENTOSAN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
pentoxifilina ER comprimidos (equiv. TRENTAL)	=	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PEPCID SUSPENSIÓN	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PEPCID COMPRIMIDOS	OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
perampanel comprimidos (equiv. FYCOMPA)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
PERCOCET COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PERFOROMIST SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PERIDEX SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PERINDOPRIL COMPRIMIDOS	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
perindopril comprimidos (equiv. ACEON)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo genérico = letras mi	núsculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad			distribución limitada
		OTC D	e venta libre
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio	de farmacia especializada		
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaqu primeros 3 meses		RS R	estricción a especialistas erapia escalonada

Nomb	re del medicamento		Código especia	l Nive	l Categoría
	na crema (equiv. ELIMITE CREMA)			2	DERMATOLÓGICOS
perfenaz	na comprimidos (equiv. TRILAFON)		-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
•	AZINA/ AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS		-	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y
					AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PEXEVA	COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PHEBUF	ANE GRÁNULOS ORALES		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
					MISC.
tenazopii	idina comprimidos (equiv. PYRIDIUM)		-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
FENDIM	ETRAZINA ER COMPRIMIDOS		-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
fendimet	razina comprimidos (equiv. BONTRIL PDM)		-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
FENELZ	NA SULFATO COMPRIMIDOS		-	2	ANTIDEPRESIVOS
fenelzina	comprimidos (equiv. NARDIL)		-	2	ANTIDEPRESIVOS
fenobarb	ital elixir		-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
FENOBA	RBITAL COMPRIMIDOS		-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
fenoxibe	nzamina cápsulas (equiv. DIBENZYLINE)		-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
fenilefrin	a solución oftálmica (equiv. MYDFRIN)		-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
fenitoína	cápsulas (equiv. DILANTIN)		-	2	ANTICONVULSIVOS
fenitoína	comprimidos masticables (equiv. DILANTIN)		-	3	ANTICONVULSIVOS
fenitoína	suspensión (equiv. DILANTIN)		-	2	ANTICONVULSIVOS
PHEXXI	GEL (QL= 1 caja/reposición)		QL	1	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
PHOSLO	CÁPSULAS		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
PHOSLY	RA SOLUCIÓN		-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
phospha	250 neutral comprimidos (equiv. K-PHOS NEUTR	AL)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
	IOLINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	,	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PHOTRE	XA OP KIT		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PHOTRE	XA SOLUCIÓN OFTÁLMICA VISCOSA		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
fitonadio	na comprimidos (equiv. MEPHYTON)		-	3	VITAMINAS
	GEL (QL= 1 caja/reposición)		QL	4	DERMATOLÓGICOS
	O COMPRIMIDOS		<u>-</u>	NC	ANTIVIRALES
pilocarpii	na hcl solución oftálmica 1.25% (equiv. VUITY)		-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
	na solución oftálmica (equiv. ISOPTO CARPINE)		-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
	na comprimidos (equiv. SALAGEN)		-	2	AGENTES PARA LA
					BOCA/GARGANTA/DIENTES
pimecroli adelante	mus crema (equiv. ELIDEL) (Cubierto para miemb	ros de 2 años de eda	d en -	3	DERMATOLÓGICOS
	A COMPRIMIDOS		-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
pindolol	comprimidos (equiv. VISKEN)		-	NC	BETA BLOQUEADORES
	ona comprimidos (equiv. ACTOS)		_	2	ANTIDIABÉTICOS
	ona/glimepirida comprimidos (equiv. DUETACT)		_	NC	ANTIDIABÉTICOS
. •	ona/metformina comprimidos (equiv. DOLTACT)	/FT)	_	NC	ANTIDIABÉTICOS
	COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través	,	- LD-PA-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS
4306)					ADYUVANTES
•	na cápsulas (equiv. ESBRIET) (QL= 9 cápsulas/dí	a)	MSP-PA-QL	2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
	DONE COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
pirfenido	na comprimidos 267 mg (equiv. ESBRIET) (QL= 9	comprimidos/día)	MSP-PA-QL	2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras	minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	F Infertilidad		LD I	Distribución limitada
М	Beneficio médico MS	SP Programa obligato	rio de farmacia especializada	OTC I	De venta libre
PA	Autorización previa QL	 Límite de cantidad 	1	RS I	Restricción a especialistas

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYUSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código espe	cial	Nivel Categoría
pirfenidona comprimidos 801 mg (equiv. ESBRIET) (QL= 3 comprimidos/día)		2	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
piroxicam cápsulas (equiv. FELDENE)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
pitavastatina cálcica comprimidos (equiv. LIVALO) (La terapia escalonada	ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
requiere la prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina,	· .	•	,
rosuvastatina o simvastatina)			
PLAN B COMPRIMIDOS	OTC	1	ANTICONCEPTIVOS
PLAQUENIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
PLAVIX COMPRIMIDOS 75 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PLEGRIDY INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PLEGRIDY PLUMA INYECTABLE	MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PLENITY CÁPSULAS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
PLENVU SOLUCIÓN	-	NC	LAXANTES
plerixafor subcutáneo inyectable (equiv. MOZOBIL)	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PLEXION CREMA 9.8-4.8%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLEXION LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLIAGLIS CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PLIAGLIS KIT	_	NC	DERMATOLÓGICOS
PNEUMOVAX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
PODIAPN CÁPSULAS	VAC	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS
PODOCON SOLUCIÓN	-	3	DE GESTIÓN ALIMENTICIA DERMATOLÓGICOS
podofilox gel (equiv. CONDYLOX)		NC	DERMATOLÓGICOS
PODOFILOX SOLUCIÓN	-	3	DERMATOLÓGICOS
podofilox solución (equiv. CONDYLOX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-		
POKONZA POLVO	-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
polietilenglicol 3350 polvo (equiv. MIRALAX)	OTC	NC	LAXANTES
POLIETILENGLICOL 8000 GRANULADO	-	3	COADYUVANTES FARMACÉUTICOS
polietilenglicol paquete (equiv. MIRALAX)	OTC	NC	LAXANTES
polimixina b/trimetoprima solución oftálmica (equiv. POLYTRIM)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
POLYTRIM SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
POLY-TUSSIN DM JARABE	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
POLY-VI-FLOR SUSPENSIÓN	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
POMALYST CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
PONSTEL CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
PONVORY COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
PONVORY COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
posaconazol DR comprimidos (equiv. NOXAFIL)	-	4	ANTIFÚNGICOS
posaconazol suspensión (equiv. NOXAFIL)	-	4	ANTIFÚNGICOS
POTASIO/CLORURO COMPRIMIDOS EFERVESCENTES	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTABA CÁPSULAS	-	4	VITAMINAS
POTABA POLVO EN PAQUETE	-	3	VITAMINAS
bicarbonato de potasio comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio comprimidos efervescentes (equiv. K-LYTE/CL)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio ER cápsulas (equiv. MICRO-K)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
NC = No cubierto genérico = letras mi NC/3P = No cubierto, revisor externo	inúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
	o de farmacia especializada		
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaq	uiemo	RS ST	·
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaq primeros 3 meses	uisitiU	51	тетаріа езсаюнаца
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especia	l Niv	rel Categoría
potasio cloruro ER comprimidos (equiv. K-TAB)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio microcomprimidos (equiv. K-DUR)	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de potasio polvo en paquete (equiv. KLOR-CON)	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
CLORURO DE POTASIO SOLUCIÓN	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTASIO CLORURO COMPRIMIDOS ER	-	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
citrato de potasio CR comprimidos (equiv. UROCIT-K)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
citrato de potasio/ácido cítrico polvo en paquete (equiv. POLY		2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
citrato de potasio/ácido cítrico solución (equiv. POLYCITRA-	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
yoduro de potasio solución oral (equiv. SSKI)	-	3	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
potasio fosfato monobásico comprimidos (equiv. K-PHOS)	-	3	MINERALES Y ELECTROLITOS
POTIGA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
POTIGA COMPRIMIDOS 50 MG (QL= 9 comprimidos/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
PRADAXA CÁPSULAS	-	4	ANTICOAGULANTES
PRADAXA PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
pramipexol ER comprimidos (equiv. MIRAPEX ER)	-	4	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
pramipexol comprimidos (equiv. MIRAPEX)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
PRAMOSONE CREMA 1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE CREMA 2.5-1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE E CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
PRAMOSONE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
pramoxina/hidrocortisona crema (equiv. ANALPRAM-HC)	_	NC	AGENTES ANORRECTALES
PRANDIMET COMPRIMIDOS		NC	ANTIDIABÉTICOS
PRASCION RA CREMA	<u> </u>	3	DERMATOLÓGICOS
prasugrel comprimidos (equiv. EFFIENT)	_	2	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
pravastatina comprimidos (equiv. PRAVACHOL)	_	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
praziquantel comprimidos (equiv. BILTRICIDE)	•	3	ANTIHELMÍNTICOS
prazosina cápsulas (equiv. MINIPRESS)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS DE CETONAS	OTC	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS DE CETONAS PRECISION XTRA MEDIDOR	OTC	1	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
PRECISION XTRA MEDIDOK PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS	OTC	3	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
			ANTIDIABÉTICOS
PRECOSE COMPRIMIDOS	-	NC	
PRED FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PRED MILD SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
PRED-G SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNICARBATO CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
PREDNICARBATO POMADA	<u>-</u>	3	DERMATOLÓGICOS
prednisolona acetato suspensión oftálmica (equiv. PRED FO	RTE) -	2	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolona ODT (equiv. ORAPRED)	-	3	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA ODT COMPRIMIDOS	-	3	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO SOLUCIÓN OFTÁLM	ICA -	2	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolona solución	-	2	CORTICOSTEROIDES
prednisolona solución (equiv. PEDIAPRED)	-	2	CORTICOSTEROIDES
PREDNISOLONA SOLUCIÓN	-	4	CORTICOSTEROIDES
prednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED)	-	NC	CORTICOSTEROIDES
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
primeros 3 meses	·		,
VAC Programa de vacunación ¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/KETOROLACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
PREDNISOLONA/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisona paquete	-	NC	CORTICOSTEROIDES
PREDNISONA SOLUCIÓN	-	3	CORTICOSTEROIDES
prednisona comprimidos (equiv. DELTASONE)	_	2	CORTICOSTEROIDES
PREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT	_	NC	CORTICOSTEROIDES
PREFEST COMPRIMIDOS		4	ESTRÓGENOS
pregabalina cápsulas (equiv. LYRICA) (QL= 3 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
pregabalina cápsulas 225 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
pregabalina cápsulas 300 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2	ANTICONVULSIVOS
pregabalina ER comprimidos (equiv. LYRICA CR)	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
pregabalina solución (equiv. LYRICA) (QL= 30 ml/día)	QL	3	ANTICONVULSIVOS
PREGEN DHA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PREGENNA COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	INF-M	6	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
PREHEVBRIO SUSPENSIÓN	VAC	1	VACUNAS
PREMARIN COMPRIMIDOS	-	3	ESTRÓGENOS
PREMARIN CREMA VAGINAL	-	3	PRODUCTOS VAGINALES
PREMPHASE COMPRIMIDOS, PREMPRO COMPRIMIDOS	-	3	ESTRÓGENOS
PRENARA CÁPSULAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATABS RX COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS)	-	4	MULTIVITAMÍNICOS
VITAMINAS PRENATALES (PRENATAL PLUS, PREPLUS, PRENAPLUS)	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATE MAX COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATOL-M COMPRIMIDOS 27-1.2 MG	_	NC	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATRIX COMPRIMIDOS		NC	MULTIVITAMÍNICOS
PRENATRYL COMPRIMIDOS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
	-		
PRESTALIA COMPRIMIDOS	- OL DC	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día; restringido a especialistas de Enfermedades infecciosas)	QL-RS	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PREVACID CÁPSULAS (Solo con receta)	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PREVACID OTC CÁPSULAS	OTC	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PREVACID SOLUTAB	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR GICOS
PREVIDENT 5000 PLUS CREMA (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos con copago de marca preferida)	-	1	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT GEL	<u>-</u>	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT PASTA	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
PREVIDENT SOLUCIÓN	-	3	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
NC = No cubierto genérico = letras minú NC/3P = No cubierto, revisor externo	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de	e farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad		RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	mo	ST	Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Código especial Nivel Categoría

Nombre del medicamento

PREVYMIS PAK (QL = 4 paquetes/dia; límite 800 paquetes/365 días) MSP-PA-QL 5 ANTIVIRALES PREVYMIS COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimidos/dia; límite 200 MSP-PA-QL 5 ANTIVIRALES PREZOBIX COMPRIMIDOS - 3 ANTIVIRALES PREZISTA SUSPENSIÓN - 5 ANTIVIRALES PREZISTA COMPRIMIDOS - NC ANTIVIRALES PREISTIN COMPRIMIDOS - NC ANTIVIRALES PREISTIN COMPRIMIDOS - NC ANTIVIRALES PREILOSEC OTO DR COMPRIMIDOS - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA PRILOSEC OTO CON COMPRIMIDOS - NC MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA PRIMAQUINE COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS PRIMAQUINE COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS PRIMILEV COMPRIMIDOS 10-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMILEV COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMILEV COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC	Nombre dei medicamento			Codigo especia	<u>ii Niv</u>	<u>ei Categoria</u>
PREVYMINS COMPRIMIDOS	PREVNAR 20 INYECTABLE			VAC	1	VACUNAS
Comprisindos/395 dias	PREVYMIS PAK (QL= 4 paquetes/día; límite 800	paquetes/	365 días)	MSP-PA-QL	5	ANTIVIRALES
PREZISTA COMPRIMIDOS		/día; límite	200	MSP-PA-QL	5	ANTIVIRALES
PREZISTA COMPRIMIDOS - 3 ANTIVRALES PREZISTA COMPRIMIDOS - NO ANTIVIRALES PRILOSEC CAPSULAS - NO MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA PRILOSEC OTO DR COMPRIMIDOS - 2 ANTIMACHORIS PARA LA ÚLCERA PRIMAQUINE COMPRIMIDOS - 2 ANTIMALARICOS PRIMAQUINE COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS PRIMAQUINE COMPRIMIDOS SOUNG - NC ANTICONVULSIVOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS SOUNG - NC ANTICONVULSIVOS PRIMALE COMPRIMIDOS SOUNG - NC ANTICONVULSIVOS PRIMALE COMPRIMIDOS SOUNG - NC ANTICONVULSIVOS PRIMALE COMPRIMIDOS SOUNG - NC ANALGESICOS - OPROIDES PRIMALE COMPRIMIDOS SESTRIL COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS PRIMALE COMPRIMIDOS SESTRIL COMPRIMIDOS - NC ANTINETERISTENCOMPRIMOS PRIMALE COMPRIMIDOS SESTRIL COMPRIMIDOS - NC ANTINETERISTENCOS PRINDA CONTRA COMPRIMA SERVICA SERVICA - NC <td< td=""><td>PREZCOBIX COMPRÍMIDOS</td><td></td><td></td><td>-</td><td>3</td><td>ANTIVIRALES</td></td<>	PREZCOBIX COMPRÍMIDOS			-	3	ANTIVIRALES
PREZISTA COMPRIMIDOS PRILOSEC CAPSULAS PROCEIT INVECTABLE PROCOCTO FORM HIS CAPSULAS PROCEIT INVECTABLE PROCOCTO FORM HIS CAPSULAS PROCOCTO FORM HI	PREZISTA SUSPENSIÓN			-	5	ANTIVIRALES
PRILOSEC OFFICIANCE PRILOSEC OTO DIC COMPRIMIDOS PRIMACUINE PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE PRIMACUINE PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMIDOS PRIMACUINE COMPRIMACUINE PROCRETA COMPRIMACUINE	PREZISTA COMPRIMIDOS			-	3	ANTIVIRALES
PRILOSEC CAPSULAS PRILOSEC OTO DE COMPRIMIDOS OTC NC ANTIMALARICOS PRIMADONIA COMPRIMIDOS OTC PRILOSEC PRILOSEC OTC PRILOSEC PR	PREZISTA COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
PRILOSEO OTC DR COMPRIMIDIOS primaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE) - 2 ANTIGONIVUISIVOS PRIMAQUINE COMPRIMIDOS - NC ANTIMALARICOS PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTIMALARICOS PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTIMALARICOS PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVUISIVOS PRIMADONA COMPRIMIDOS 10-300 MG - NC ANTICONVUISIVOS PRIMADONA COMPRIMIDOS 10-300 MG - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS 5-0 MG - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTIGONIVIES OF NC ANALGESICOS - OPIOIDES PRIMADONA COMPRIMIDOS - NC ANTIGONA COMPRIMIDOS - NC ANTIGONA COMPRIMADOS - NC AN	PRIFTIN COMPRIMIDOS			-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
primaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE)	PRILOSEC CÁPSULAS			-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
PRIMADUNE COMPRIMIDOS - NC ANTIMALÁRICOS primidona comprimidos (equiv. MYSOLINE) - 2 ANTICONVULSIVOS PRIMIDONA COMPRIMIDOS - NC ANTICONVULSIVOS PRIMIDONA COMPRIMIDOS - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMILEY COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMIDOS 5-00 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISEY COMPRIMISEY	PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS			OTC	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
primidina comprimidios (equiv. MYSOLINE)	primaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE)			-	2	ANTIMALÁRICOS
PRIMILEY COMPRIMIDOS 10-300 MG - NC ANTICONYULSIVOS PRIMILEY COMPRIMIDOS 10-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMILEY COMPRIMIDOS 5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PRIMISOL SOLUCIÓN - 4 AGENTES ANTINFECCIOSOS - MISC. PRINIVIL COMPRIMIDOS, 2-NC NC ANTIHIPERTENSIVOS PRINIVIL COMPRIMIDOS, 2-NC NC ANTIHIPERTENSIVOS NISC. PRINIVIL COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS NISC. ANTIHIPERTENSIVOS NISC. PRINIVIL COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS NISC. PROCEDULA TADORES PROAIR RESPICLICIK INHALADOR - NC ANTIHIPERTENSIVOS NISC. PROAIR RESPICLICIK INHALADOR - NC ANTIHIPERTENSIVOS PROAIR LA GOTA ANTIHIPERTENSIVO	PRIMAQUINE COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIMALÁRICOS
PRIMLEV COMPRIMIDOS 10-300 MG PRIMISOL SOLUCIÓN PROBLE VAC 1 VAC 1 VAC ANTIHIPERTENSIVOS PROAIR HEA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROAIR HEA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROAIR HEA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROCAIR RESPICLICK INHALADOR PROCAIR RESPICLICK INHALADOR PROCAIRMAIN INVECTABLE PROCAIRMAINS INVECTABLE PROCAIRMAINS INVECTABLE PROCAIRMAINS INVECTABLE PROCAIRMAINS COMPAZINE) PROCAIR RESPICLIC COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIR PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIR PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIR PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIR INVECTABLE PROCAIRMAINS COMPAZINE PROCAIR COMP	primidona comprimidos (equiv. MYSOLINE)			-	2	ANTICONVULSIVOS
PRIMSOL SOLUCIÓN PRIMIDIOS 5-300 MG PRIMSOL SOLUCIÓN PRIMIDIOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRISTIQ COMPRIMIDOS PRISTIQ COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROPRISTIQ COMPRIMIDOS PROMER MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROGINE MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROGINEMA INFORMATION SE PROMOCODILATADORES PROGINEMA INFORMATION SE CONTRA LA GOTA PROCANAMIDA INVECTABLE PROCANAMIDA INVECTA	PRIMIDONA COMPRIMIDOS			-	NC	ANTICONVULSIVOS
PRIMSOL SOLUCIÓN PRIMIDIOS 5-300 MG PRIMSOL SOLUCIÓN PRIMIDIOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS PRISTIQ COMPRIMIDOS PRISTIQ COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER INFORMATION SE COMPRIMIDOS PROMER MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROPRISTIQ COMPRIMIDOS PROMER MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROGINE MANALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROGINEMA INFORMATION SE PROMOCODILATADORES PROGINEMA INFORMATION SE CONTRA LA GOTA PROCANAMIDA INVECTABLE PROCANAMIDA INVECTA	PRIMLEV COMPRIMIDOS 10-300 MG			_	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
PRIMSUL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS - PRIORIX INVECTABLE VAC 1 VAC 1 VACUNAS PRIORIX INVECTABLE VAC 1 VACUNAS PRIORIX INVECTABLE VACUNAS PRIORIX INVECTABLE VACUNAS PRIORIX INVECTABLE VACUNAS PRIORIX INVECTABLE REPORITE THA INHALADOR - NC ANTIDEPRESIVOS VACUNAS ANTIDEPRESIVOS VACUNAS ANTIDEPRESIVOS VACUNAS ANTIDEPRESIVOS VACUNAS ANTIDEPRESIVOS VACUNAS ANTIDEPRESIVOS VACUNAS PROCIDIA THA INHALADOR - NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES PROAIR RESPICLICK INHALADOR - NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES PROCIDIA TARRITMICOS PROCAINAMIDA INVECTABLE - NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES PROCIDIA COMPAZINE)				-		
PRINIVIL COMPRIMIDOS , ZESTRIL COMPRIMIDOS - NC ANTIHIPERTENSIVOS PRIORIX INYECTABLE						
PRIORIX INYECTABLE PRISTIQ COMPRIMIDOS		oos		-		
PRISTIC COMPRIMIDOS PROAIR HFA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROAIR ARESPICLICK INHALADOR PROCAINAMIDA INYECTABLE PROCAINAMIDA INYECTABLE PROCAINAMIDA INYECTABLE PROCORT CREMA PROCO				VAC		
PROAIR HFA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR PROAIR RESPICLICK INHALADOR PROCAINAMIDA INYECTABLE PROCAINAMIDA INTERVIBENCE PROCAINAMIDA INTERVI				-		
PROAIR RESPICLICK INHÁLADOR - NC ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES probenecida comprimidos (equiv. BENEMID) - 2 AGENTES CONTRA LA GOTA PROCAJNAMÍO INYECTABLE - NC ANTIASMÍTIMICOS PROCOPERATIA SUPPORTA PROBLEMINO - 2 ANTIPSICOTICOS/ANTIMANIACOS PROCOPERAZIA COMPAZÍNE) - 2 ANTIPSICOTICOS/ANTIMANIACOS ANTIPSICOTICOS		HALADOF	2	_		
probenecida comprimidos (equiv. BENEMID) - 2 AGENTES CONTRA LA GOTA PROCAINAMIDA INYECTABLE - NC ANTIARRITMICOS proclorperazina supositorios (equiv. COMPAZINE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS PROCOTO REMA - NC AGENTES ANORRECTALES PROCOTOCORT CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES PROCOTOCORT CREMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCOTOFOAM HO ESPUMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCOTOFOAM HO ESPUMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCOTOFOAM HO ESPUMA - AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC PRODICTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAS PROGESTINAS PROGESTIERONA SUPOSITORIOS - PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGESTERONA SUPOSITORIOS - PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROCAPETE - NC CLASES SURTIDAS PROCAPETE - NC CLASES SURTIDAS PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC ANTIDABÉTICOS PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES CONTROL AGENTES ANORRECTALES - NC AGENTES ANORRECTALES - NC AGENTES CONTROL AGENTES - NC AGENTES ANORRECTALES - NC AGENTES AN		IIALADOI	`			
PROCAINAMIDA INYECTABLE				_		
proclorperazina supositorios (equiv. COMPAZINE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS PROCORT CREMA - NC AGENTES ANDORRECTALES PROCRIT INYECTABLE - 3 AGENTES HEMATOPOYÉTICOS PROCRIT INYECTABLE - NC DERMATOLÓGICOS PROCRIT INYECTABLE - NC AGENTES ANORRECTALES PROCRIT INYECTABLE - NC AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINIE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS PROBINIO COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINIE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS PROGRATORA - NC DERMATOLÓGICOS PROGRATINAS PROGRATORA SUPONITORIOS - NC DERMATOLÓGICOS PROGRATORA SUPONITORIOS - NC DERMATOLÓGICOS PROGRAF CAPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CAPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CAPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROJENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES MAYÚSCULAS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC AGENTES MAYÚSCULAS - NC AGENTES MAYÚSCULAS - NC Exicución de farmacia especializada - NC DE PROGRATOR MAY AGENTES - NC Exicución de farmacia especializada - NC DE PROGRATOR MAY AGENTES - NC Exicución de farmacia especializada - NC DE PROGRATOR				-		
proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINÉ) - 2 ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS PROCORT CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES PROCOTO CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES PROCOTOCORT CREMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCOTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES ANORRECTALES PROCOTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES ANORRECTALES PROCOTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS PRODRIN COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGESTERONA SUPOSITORIOS - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROCATE - NC CLASES SURTIDAS PROCATE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC DE verta libre RS RESTICIÓN cibieto, revisor externo NC PO cubierto, revisor externo NC PO cubierto, revisor externo NC PO cubierto midicada M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitada ados reposiciones de 15 días por los SMIKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada		\				
PROCORT CREMA - NC AGENTES ANORRECTALES PROCORT CREMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCTOFOAM HC ESPUMA - NC DERMATOLÓGICOS PROCTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES HEMATOPOYÉTICOS PROCTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÂNEOS PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAS PROGESTINAS PROGENTA CÁPSULAS - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. NC AGENTES HEMATOPOYETICOS				<u>-</u>		
PROCRIT INYECTABLE PROCTOCORT CREMA PROCTOCORT CREMA PROCTOFOAM HC ESPUMA - STATEMATOLÓGICOS PROCTES ANORRECTALES - STATEMATOLÓGICOS PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS - STATEMATOLÓGICOS PRODRIN COMPRIMIDOS - STATEMATOLÓGICOS PRODRIN COMPRIMIDOS - STATEMATOLÓGICOS PROGENTES HEMATOLÓGICOS PROGENTAS - STATEMATOLÓGICOS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - STATEMATOLÓGICOS PROGRAF PAQUETE - STATEMATOLÓGICOS PROGRAF PAQUETE - STATEMATOLÓGICOS PROGRAF PAQUETE - STATEMATOLÓGICOS - STATEMATOLÓGICOS - STATEMATOLÓGICOS - MISC STATEMATOLÓGICOS - MISC BROGESTINAS - STATIBLE - STATEMATOLÓGICOS - BROGESTINAS - STATIBLE - STATIB		=)		-		
PROCTOCORT CREMA PROCTOFOAM HC ESPUMA PROCTOFOAM HC ESPUMA PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS PROCYSBI PAQUETE DE GRÂNULOS PROBIN COMPRIMIDOS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROBIN COMPRIMIDOS PROBIN COMPR				-		
PROCTOFOAM HC ESPUMA - 3 AGENTES ANORRECTALES proctosol HC crema (equiv. ANUSOL HC) - 2 AGENTES ANORRECTALES PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS - NC AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS PRODRIN COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - NC DERMATOLÓGICOS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGESTERONA SUPOSITORIOS - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGLACETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS PROLATE COMPRIMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLATE ON OFTÁLMICA - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS - NC DEVENTA MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS - NC DE Venta libre - NC DE VENTA MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS - NC DE Venta libre - NC DE VENTA MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS - NC DEVENTA MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS - NC DEVENTA MARCAS - LETRAS MAYÚSCULAS - NC DEVE				-		
proctosol HC crema (equiv. ANUSOL HC) PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS - NC AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS PRODRIN COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PROGRAF CÁPSULAS PROGAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROGAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROMACTA POLVO - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS **MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS** **MARCAS = LETRAS MAYÚSC				-		
PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS - NC AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS PRODRIN COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTINAS PROGESTIRAS PROGESTIRAS PROGUCTOS VAGINALES PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGARF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC Exclusión del plam M Beneficio médico PA Autorización previa reviera colligatorio de farmacia especializada PA Autorización previa especialistas SI Terapia escalonada				-		
PRODRIN COMPRIMIDOS - NC PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA PROFILNINE INYECTABLE - EXC AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS PROGESTINAS Progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM) - 2 PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROCRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC AGENTES COTO DISTINUICAS NC AGENTES MAYÚSCULAS NC EXc Exclusión del plan M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS			-		AGENTES GENITOURINARIOS -
PROFILNINE INYECTABLE PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS - MISC. PROFINAC PAK - NC DERMATOLÓGICOS PROGESTINAS progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM) - 2 PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROCRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLIATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTÁ POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCA					NC	
PROFINAC PAK progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM) - 2 PROGESTINAS progesterona aceite inyectable - 2 PROGESTINAS progesterona aceite inyectable - 2 PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NCSP = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo SMKG RS Restricción a especialistas Terapia escalonada				<u>-</u>		
progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM) - 2 PROGESTINAS progesterona aceite inyectable - 2 PROGESTINAS PROGESTERONA SUPOSITORIOS - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS				-		
progesterona aceite inyectable PROGESTERONA SUPOSITORIOS PA 4 PRODUCTOS VAGINALES PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - SAGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MISC. D Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada MSP Programa obligatorio de farmacia especializada SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada				-		
PROGESTERONA SUPOSITORIOS PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC= No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	, ,			-		
PROGLYCEM SUSPENSIÓN - NC ANTIDIABÉTICOS PROGRAF CÁPSULAS - NC CLASES SURTIDAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS				- DA		
PROGRAF CÁPSULAS PROGRAF PAQUETE - NC CLASES SURTIDAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS				PA		
PROGRAF PAQUETE - NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG - NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo SI Terapia escalonada				-		
PROLATE COMPRIMIDOS 7.5-300 MG PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROLIA INYECTABLE NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo PA Abandono del tabaquismo PA Abandono del tabaquismo NC ANALGÉSICOS - OPIOIDES AGENTES OPTÓLMICOS METABÓLICOS - MISC. DA AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS OTC De venta libre PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada				-		
PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - 3 AGENTES OFTÁLMICOS PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo - 3 AGENTES OFTÁLMICOS NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS LD Distribución limitada OTC De venta libre RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada				-		
PROLIA INYECTABLE - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo - NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS OTC De venta libre PA Restricción a especialistas ST Terapia escalonada				-		
PROMACTA POLVO - NC AGENTES HEMATOPOYETICOS NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan M Beneficio médico PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo MISC. AGENTES HEMATOPOYETICOS MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS LD Distribución limitada LD Distribución limitada OTC De venta libre PA Restricción a especialistas ST Terapia escalonada				-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
NC = No cubierto NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada				-		MISC.
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada	PROMACTA POLVO			-	NC	AGENTES HEMATOPOYETICOS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses			genérico = letras	minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses						Distribución limitada
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses			-	·		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los					·
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento			Código especia	l Niv	el Categoría
PROMACTA COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
prometazina DM jarabe			-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina supositorios (equiv. PHENERGAN)			-	3	ANTIHISTAMÍNICOS
prometazina jarabe			-	2	ANTIHISTAMÍNICOS
prometazina COMPRIMIDOS (equiv. PHENERGA	N)		-	2	ANTIHISTAMÍNICOS
PROMETAZINA VC JARABE	,		-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC)			-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE			-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina VC/codeína jarabe (equiv. PHENERO	SAN VC/C	ODEÍNA)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
prometazina/codeína jarabe (equiv. PHENERGAN			-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
PROMETHEGAN SUPOSITORIOS	., 0022	• •	-	3	ANTIHISTAMÍNICOS
PROMETRIUM CÁPSULAS			-	NC	PROGESTINAS
PROMISEB CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
propafenona ER cápsulas (equiv. RYTHMOL SR)			_	3	ANTIARRÍTMICOS
propafenona comprimidos (equiv. RYTHMOL)			-	2	ANTIARRÍTMICOS
PROPANTHELINE COMPRIMIDOS			_	3	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
proparacaína solución oftálmica (equiv. ALCAINE	١			2	AGENTES OFTÁLMICOS
propranolol ER cápsulas (equiv. INDERAL LA))		_	2	BETA BLOQUEADORES
PROPRANOLOL SOLUCIÓN			-	2	BETA BLOQUEADORES
PROPRANOLOL SOLUCIÓN 20 MG/5 ML			-	2	BETA BLOQUEADORES
propranolol comprimidos (equiv. INDERAL)			-	2	BETA BLOQUEADORES
,			-		AGENTES TIROIDEOS
propiltiouracilo comprimidos			-	2	
PROQUAD INYECTABLE			VAC	1	VACUNAS
PROQUIN XR COMPRIMIDOS			-	NC	FLUOROQUINOLONES
PROSCAR COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
PROSED DS COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIINFECCIOSOS URINARIOS
PROTHELIAL PASTA PROTONIX EC COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
			-	NC	
PROTOPIC POMADA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
protriptilina comprimidos (equiv. VIVACTIL)			-	4	ANTIDEPRESIVOS
PROVERA COMPRIMIDOS			-	NC	PROGESTINAS
PROVIGIL COMPRIMIDOS			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
PROZAC CÁPSULAS			-	NC	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC CÁPSULAS SEMANALES			-	NC	ANTIDEPRESIVOS
prucaloprida succinato comprimidos (equiv. MOTE comprimido/día)	EGRITY) (QL= 1	PA-QL	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
PULMICORT FLEXHALER			-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PULMICORT SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN			-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
PULMOZYME SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN			-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
PUREFOLIX COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
PYLERA CÁPSULAS			-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
pirazinamida comprimidos			-	2	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
PYRIDIUM COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
NC = No cubierto		genérico = letras m	ninúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIE	Infortilidad		I D	Distribución limitada
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatori	o de farmacia especializada	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad		RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabad	quismo	ST	Terapia escalonada
primeros 3 meses VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código espe	ecial	Nivel Categoría
piridostigmina CR comprimidos (equiv. MESTINON)	-	3	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
piridostigmina comprimidos (equiv. MESTINON)	-	2	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
PIRIDOSTIGMINA COMPRIMIDOS 30 MG	-	NC	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
piridostigmina solución (equiv. MESTINON)	-	4	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS
pirimetamina comprimidos (equiv. DARAPRIM) (QL= 3 comprimidos únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	/día; LD-PA-QL	2	ANTIMALÁRICOS
PIRIMETAMINA/LEUCOVORINA CÁPSULAS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
PYRUKYND COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente través de Biologics 800-850-4306)	disponible a LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PYRUKYND TAPER PAQUETE (QL= 1 comprimido/día; únicamento a través de Biologics 800-850-4306)	e disponible LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
PYZCHIVA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QBRELIS SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembr	os de 9 PA	4	ANTIHIPERTENSIVOS
años en adelante)			
QBREXZA TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QDOLO SOLUCIÓN, TRAMADOL SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
QELBREE ER CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
QFITLIA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
QINLOCK COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente distravés de Biologics 800-850-4306)	sponible a LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
QLOSI SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VUITY SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
QMIIZ ODT COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
QNASL SPRAY NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICO
QTERN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
QUALAQUIN CÁPSULAS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
QUAZEPAM COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
QUDEXY XR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
QUESTRAN LITE POLVO	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
QUESTRAN POLVO	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
QUESTRAN POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
quetiapina comprimidos (equiv. SEROQUEL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
QUETIAPINA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
quetiapina XR comprimidos (equiv. SEROQUEL XR)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
QUILLIVANT XR SUSPENSIÓN	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
quinapril comprimidos (equiv. ACCUPRIL)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
QUINAPRIL/HCTZ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
quinapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ACCURETIC)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
quinidina gluconato CR comprimidos	-	3	ANTIARRÍTMICOS
quinidina sulfato comprimidos	-	2	ANTIARRÍTMICOS
QUINIDINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
quinidina sulfato cápsulas (equiv. QUALAQUIN)	-	NC	ANTIMALÁRICOS
QUINIXIL PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QUINOSONA KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
QULIPTA COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
QUVIVIQ COMPRIMIDOS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
NC = No cubierto genéric	o = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilid	ad		_D Distribución limitada
·	ao na obligatorio de farmacia especializad		LD Distribución limitada DTC De venta libre
PA Autorización previa QL Límite d	e cantidad		RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abando primeros 3 meses	no del tabaquismo		ST Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación & RyCEN	ITC		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Nombre del medicamento		Código especial	Nivel	Categoría
QVAR REDIHALER		-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
rabeprazol EC comprimidos (equiv. ACIPHEX)		-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
RADICAVA ORS KIT DE INICIO (QL= 70 ml/365 días; úl través de Accredo 800-803-2523)	nicamente disponible a	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN (QL= 50 mL/28 días; úr través de Accredo 800-803-2523)	nicamente disponible a	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
RAGWITEK SL COMPRIMIDOS		-	NC	BIOLÓGICOS MISC.
RALDESY SOLUCIÓN		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
raloxifeno comprimidos (equiv. EVISTA) (\$0 de copago s femeninos mayores de 35 años; los demás miembros es copago de medicamento genérico)		-	1	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ramelteón comprimidos (equiv. RÓZEREM) (QL= 1 comp	orimido/día)	QL	3	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ramipril cápsulas (equiv. ALTACE)		-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
RANEXA COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ANTIANGINOSOS
ranolazina comprimidos (equiv. RANEXA)		-	2	AGENTES ANTIANGINOSOS
RAPAFLO CÁPSULAS		-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RAPAMUNE SOLUCIÓN		-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
RAPAMUNE COMPRIMIDOS		-	NC	CLASES SURTIDAS
rasagilina comprimidos (equiv. AZILECT)		-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
RAVICTI LÍQUIDO		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RAYALDEE CÁPSULAS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RAYOS COMPRIMIDOS		-	NC	CORTICOSTEROIDES
RAZADYNE SOLUCIÓN		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
RAZADYNE COMPRIMIDOS		-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
REBIF INYECTABLE		MSP	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
REBINYN INYECTABLE		-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
REBLOZYL INYECTABLE		-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RECOMBINATE INYECTABLE		-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
RECORLEV COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RECTIV POMADA		-	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
REDITREX INYECTABLE		-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
REGLAN COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REGRANEX GEL (QL= 30gm/reposición)		QL	3	DERMATOLÓGICOS
RELAFEN DS COMPRIMIDOS		-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RELENZA DISCO INHALADOR		-	NC	ANTIVIRALES
RELEUKO INYECTABLE		-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RELEUKO INYECTABLE JERINGA PRECARGADA RELEXXI ER COMPRIMIDOS		-	NC NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
RELISTOR INYECTABLE		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
RELISTOR KIT INYECTABLE		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
RELISTOR COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minú	sculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF	Infertilidad			Distribución limitada
M Beneficio médico MSF	0 0	e farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa QL SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMP	Límite de cantidad (G Abandono del tabaquis	mo		Restricción a especialistas erapia escalonada
primeros 3 meses VAC Programa de vacunación ¢	RxCENTS			
J				

Nombre del medicamento	Código especial	INIVE	el Categoría
RELPAX COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
RELTONE CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REMERON SOLUTAB	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
REMERON COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
RENACIDINA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RENAGEL COMPRIMIDOS 800 MG	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
renapro cápsulas (equiv. NEPHROCAP)	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
RENOVA CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
RENVELA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
repaglinida comprimidos (equiv. PRANDIN)	-	2	ANTIDIABÉTICOS
REPATHA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	QL-ST	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
REQUIP COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
REQUIP XL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
RESCRIPTOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
RESERVAPAK JARABE	-	NC	MEDICINAS ALTERNATIVAS
RESTASIS EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
RESTORIL CÁPSULAS 15 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 22.5 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 30 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL CÁPSULAS 7.5 MG	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
RETACRIT INY.	-	3	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
RETEVMO CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETEVMO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RETIN-A CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL 0.04 %; 0.1 %	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL 0.08 %; 0.06 %	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETIN-A MICRO GEL, RETIN-A MICRO BOMBA DE GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
RETROVIR CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
RETROVIR JARABE	-	NC	ANTIVIRALES
RETROVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
REVATIO SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
REVATIO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
REVLIMID CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido para especialistas en Oncología o Hematología)	LD-QL-RS	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
REVUFORJ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NC = No cubierto genérico = letras minú NC/3P = No cubierto, revisor externo	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
The state of the s	e farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	mo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
REXAPHENAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
REXULTI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
REYATAZ CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
REYATAZ POLVO EN PAQUETE	<u>-</u>	5	ANTIVIRALES
REYVOW COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
REZDIFFRA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
REZLIDHIA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible de Biologics 800-850-4306)	a través LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
REZUROCK COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente dis través de Biologics 800-850-4306)	ponible a LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
REZVOGLAR INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
REZYST COMPRIMIDOS MASTICABLES	_	NC	ANTIDIARREICOS
RHEUMATREX COMPRIMIDOS	-	4	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RHINOCORT AQUA SPRAY NASAL	•	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y
KIIINOCOKI AQOA SEKAT NASAL	-	NC	TÓPICOS
RHOFADE CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
RHOPRESSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
RIBAVIRINA CÁPSULAS	MSP	2	ANTIVIRALES
ribavirina cápsulas (equiv. REBETOL)	MSP	2	ANTIVIRALES
ribavirina solución para inhalación (equiv. VIRAZOLE)	-	NC	ANTIVIRALES
RIBAVIRINA COMPRIMIDOS	MSP	2	ANTIVIRALES
RIDAURA CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
rifabutina cápsulas (equiv. MYCOBUTIN)	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFADIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFAMATE CÁPSULAS	-	3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
rifampina cápsulas (equiv. RIFADIN)		3	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RIFATER COMPRIMIDOS	_	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
RILUTEK COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
riluzol comprimidos (equiv. RILUTEK)	-	3	AGENTES NEUROMUSCULARES
RIMANTADINA COMPRIMIDOS	-	4	ANTIVIRALES
	- MCD DA OI		ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RINVOQ ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5	
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL (QL= 12 ml/día)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
RIOMET SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
risedronato DR comprimidos (equiv. ATELVIA) (La terapia escalonada la prueba de alendronato)	a requiere ST	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
risedronato comprimidos (equiv. ACTONEL)	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
RISPERDAL INYECTABLE	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
RISPERDAL M ODT	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
RISPERDAL SOLUCIÓN	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
RISPERDAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
risperidona microesferas inyectable (equiv. RISPERDAL)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
RISPERIDONA ODT	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
risperidona ODT (equiv. RISPERDAL M)	-	3	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
risperidona solución (equiv. RISPERDAL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
risperidona comprimidos (equiv. RISPERDAL)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
RITALIN LA CÁPSULAS, APTENSIO XR CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/
RITALIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANOREXIGENOS TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
NC = No cubierto genérico :	= letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo			
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa PA Autorización previa QL Límite de c	obligatorio de farmacia especializada	OTC RS	De venta libre Restricción a especialistas
· ·	del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENT	S		

Nombr	e del medicamento			Código especia	l Niv	el Categoría
ritonavir o	comprimidos (equiv. NORVIR)			-	2	ANTIVIRALES
	INYECTABLE			-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
rivaroxab	án para suspensión (equiv. XARELTO)			-	2	ANTICOAGULANTES
	án comprimidos 2.5 mg (equiv. XARELTO)		-	2	ANTICOAGULANTES
	ina cápsulas (equiv. EXELON)	,		-	2	PSICOTERAPEUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
rivastigm	ina parches (equiv. EXELON)			-	3	PSICOTERAPEUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
RIVFLOZ	'A INYECTABLE			-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVFLOZ	'A INYECTABLE 160 MG			-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVFLOZ	'A VIAL			-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
RIVIVE, I	REXTOVY SPRAY			ОТС	2	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
RIXUBIS	INYECTABLE			-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
	n ODT (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprime	idos/repo	osición, 3	QL	2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
rizatriptár	nes/60 días) n comprimidos (equiv. MAXALT) (QL= 12 d	omprimi	dos/reposición, 3	QL	2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
reposicio ROAOXI	nes/60 días)				NC	DERMATOLÓGICOS
	N COMPRIMIDOS			-		
				-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
	_ COMPRIMIDOS			-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ROCALT	ROL CÁPSULAS			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ROCALT	ROL SOLUCIÓN			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	TAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
roflumilas	t comprimidos (equiv. DALIRESP)			-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ROMVIM	ZA CÁPSULAS			-	NC	ANTINEOPLASICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ropinirol I	ER comprimidos (equiv. REQUIP XL)			-	3	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ropinirol o	comprimidos (equiv. REQUIP)			-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ROPIVA	CAÍNA/CLONIDINA/KETOROLACO INYEC	CTABLE		-	NC	ANESTÉSICOS LOCALES-PARENTERALES
ROSADA	N KIT			-	NC	DERMATOLÓGICOS
ROSULA	EMULSIÓN			-	NC	DERMATOLÓGICOS
ROSULA				-	NC	DERMATOLÓGICOS
rosuvasta	atina comprimidos (equiv. CRESTOR)			-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	COMPRIMIDOS. EZETIMIBA/ROSUVAS	TATINA	COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	(SUSPENSIÓN	.,		VAC	1	VACUNAS
	Q INYECTABLE			VAC	1	VACUNAS
ROWASA				-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
	DONE COMPRIMIDOS			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
						ANALGÉSICOS - OPIOIDES ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	OND COMPRIMIDOS 15 MC			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	OND COMPRIMIDOS 15 MG			-	NC	
	OND COMPRIMIDOS 30 MG			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	OND COMPRIMIDOS 5 MG			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ROZERE	M COMPRIMIDOS			-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP		de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	iama	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaqui	ISITIO	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
ROZLYTREK CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ROZLYTREK PAK	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RUBRACA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente dis través de Optum 877-445-6874)	ponible a LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RUCONEST INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accre 803-2523)	edo 800- LD-PA	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
rufinamida suspensión (equiv. BANZEL)	PA	3	ANTICONVULSIVOS
rufinamida comprimidos (equiv. BANZEL)	PA	3	ANTICONVULSIVOS
RUKOBIA ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
RYALTRIS SPRAY	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
RYBELSUS COMPRIMIDOS (QL=1 comprimido/día)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
RYBIX ODT	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
RYCLORA SOLUCIÓN	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
RYDAPT CÁPSULAS (QL= 56 cápsulas/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
RYTHMOL SR CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
RYVENT 6 MG COMPRIMIDOS, CARBINOXAMINA MALEATO 6 MC COMPRIMIDOS	G -	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
SABRIL POLVO EN PAQUETE	-	NC	ANTICONVULSIVOS
SABRIL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
sacubitril-valsartán comprimidos (equiv. ENTRESTO) (QL= 2 comprir	nidos/día) QL	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
SAFYRAL COMPRIMIDOS	-	1	ANTICONCEPTIVOS
SAIZEN INYECTABLE, SEROSTIM INYECTABLE, ZORBTIVE INYE	CTABLE -	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SALAGEN COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
SALEX KIT LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SALEX SHAMPOO	-	4	DERMATOLÓGICOS
SALEX SHAMPOO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SALICATO LÍQUIDO	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico solución	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico crema (equiv. CERAVE PSORIASIS)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ácido salicílico shampoo (equiv. SALEX)	-	3	DERMATOLÓGICOS
SALIMEZ FORTE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
salsalato comprimidos (equiv. DISALCID)	-	3	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
SAMSCA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SANCUSO PARCHES (QL= 4 parches/reposición)	QL	4	ANTIEMÉTICOS
SANDIMMUNE CÁPSULAS	-	NC	CLASES SURTIDAS
SANDIMMUNE SOLUCIÓN 100 MG/ML	-	5	CLASES SURTIDAS
SANDOSTATIN INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SANTYL POMADA (QL= 90 gm/30 días)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
SAPHRIS SL COMPRIMIDOS		NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete (equiv. KUVAN)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
sapropterina dihidrocloruro comprimidos solubles (equiv. KUVAN)	MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
	= letras minúsculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidac	1	LD D	Distribución limitada
·	obligatorio de farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de	cantidad	RS F	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono primeros 3 meses	o del tabaquismo	ST T	erapia escalonada
VAC Programa de vacunación	-6		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
SARAFEM COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y
			NEUROLÓGICOS - MISC.
SAVAYSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICOAGULANTES
SAVELLA PAK	-	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
SAVELLA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
saxagliptina hcl comprimidos (equiv. ONGLYZA)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
saxagliptina-metformina clorhidrato comprimidos liberación prolongada 24	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
horas (equiv. KOMBIGLYZE)			
SAXENDA INYECTABLE	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXIGENOS
SCARCIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
scarcin gel (equiv. SCARCIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SCARCIN LÍQUIDO A BOLILLA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SCEMBLIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	a LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
escopolamina parches (equiv. TRANSDERM-SCOP)	-	3	ANTIEMÉTICOS
SEASONIQUE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
SECONAL CÁPSULAS	-	3	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
SECUADO PARCHES	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
SEEBRI NEOHALER CÁPSULAS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SEGLENTIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SEGLUROMET COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SELARSDI INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
selegilina cápsulas (equiv. ELDEPRYL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
selegilina comprimidos (equiv. ELDEPRYL)	-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
selenio sulfuro loción 2.5% (equiv. SELSUN)	-	2	DERMATOLÓGICOS
sulfuro de selenio shampoo (equiv. SELSEB)	-	3	DERMATOLÓGICOS
sulfuro de selenio shampoo 2.3 % (equiv. SELRX)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SELRX SHAMPOO 2.3%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SELZENTRY SOLUCIÓN	-	5	ANTIVIRALES
SELZENTRY COMPRIMIDOS	-	5	ANTIVIRALES
SEMGLEE INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE INYECTABLE (PLUMA ÚNICA)	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE INYECTABLE, INSULINA GLARGINA-YFGN INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE PLUMA INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE PLUMA, INSULINA GLARGINA-YFGN PLUMA	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMGLEE SOLUCIÓN	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SEMPREX-D CÁPSULAS	-	EXC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
SENSIPAR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SEPHIENCE POLVO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SEREVENT INHALADOR DISKUS	-	NC	ANTIASMATICOS Y BRONCODILATADORES
SERNIVO SPRAY	-	NC	DERMATOLÓGICOS
NC = No cubierto genérico = letras m NC/3P = No cubierto, revisor externo	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio	de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaq primeros 3 meses	uismo		Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
SEROQUEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
SEROQUEL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
SERTRALINA CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
sertralina concentrada (equiv. ZOLOFT)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
sertralina clorhidrato cápsulas	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
sertralina comprimidos (equiv. ZOLOFT)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
CARBONATO DE SEVELAMER COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer hidrocloruro comprimidos (equiv. RENAGEL)	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer polvo en paquete (equiv. RENVELA)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sevelamer comprimidos (equiv. RENVELA comprimidos)	-	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SEVENFACT INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
SEYSARA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
SFROWASA ENEMA	-	4	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SHINGRIX INYECTABLE (Cubierto para miembros de 19 años en adelante)	VAC	1	VACUNAS
SIGNIFOR INYECTABLE \	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SIKLOS COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
SILALITE PAQUETE MIS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SILATRIX GEL	-	NC	AGENTES PARA LA
			BOCA/GARGANTA/DIENTES
sildenafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	3	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
sildenafilo comprimidos (equiv. VÍAGRA)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
sildenafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO)	PA	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
SILIPAC KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SILIQ INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
silodosina cápsulas (equiv. RAPAFLO)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
SILVADENE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfadiazina de plata crema (equiv. SILVADENE CREMA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
SILVERA TOALLITAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SIMBRINZA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
SIMCOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI ARIA INYECTABLE	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI AUTOINYECTOR 100 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI AUTOINYECTOR 50 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI INYECTABLE 100 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SIMPONI INYECTABLE 50 MG	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
simvastatina comprimidos (equiv. ZOCOR) (80 mg no está cubierto)	-	1	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
simvastatina comprimidos 80 mg (equiv. ZOCOR) (esta concentración no está incluida en la cobertura)	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
SINEMET CR COMPRÍMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
SINEMET COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SINGULAIR PAQUETE GRANULADO	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SINGULAIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	1	Código especial	Nive	el Categoría
sirolimús solución (equiv. RAPAMUNE)		-	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
sirolimús comprimidos (equiv. RAPAMUNE)		-	5	CLASES SURTIDAS
SIRTURO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; restringido p Enfermedades infecciosas)	ara especialistas en	MSP-QL-RS	5	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
SITAGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SITAVIG COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIVIRALES
SITZMARKS CÁPSULAS		-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
SIVEXTRO COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/reposición; rest especialistas en enfermedad infecciosa)	ringido para	QL-RS	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
SIVEXTRO COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
SKELAXIN COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES DE TERAPIA
,				MUSCULOEȘQUELÉTICA
SKLICE LOCIÓN		-	NC	DERMATOLÓGICOS
SKYCLARYS CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente dispo Biologics 800-850-4306)	onible a través de	LD-PA-QL	5	AGENTES NEUROMUSCULARES
SKYLA DIU		-	1	ANTICONCEPTIVOS
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 1 iny./84 días)		MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2ML (QL= 1 iny./56 días)		MSP-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML (QL= 1 iny./56 días)		MSP-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SKYTROFA INYECTABLE		-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SLYND COMPRIMIDOS		-	1	ANTICONCEPTIVOS
smz/tmp (DS) comprimidos (equiv. BACTRIM DS)		-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
smz/tmp suspensión (equiv. BACTRIM, SEPTRA)		-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
SOAANZ COMPRIMIDOS		-	NC	DIURÉTICOS
SODIO CLORURO INYECTABLE		M	6	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de sodio 0.9% solución para irr.		-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
cloruro de sodio inyectable		-	NC	MINERALES Y ELECTROLITOS
cloruro de sodio solución para nebulizar (equiv. HYPER-SAL)		-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
citrato de sodio/ácido cítrico solución (equiv. BICITRA)		-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
sodio fluoruro crema (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para mi años o menos; los demás miembros cubiertos con copago de me		-	1	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluoruro de sodio gel (equiv. PREVIDENT)		-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluoruro de sodio pasta (equiv. PREVIDENT)		-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
fluoruro de sodio enjuague (equiv. PREVIDENT)		-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
sodio fluoruro solución (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago para o menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de genérico)		-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
SODIO FLUORURO COMPRIMIDOS (\$0 de copago para miemb menos; los demás miembros están cubiertos con un copago de m genérico)		-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
sodio fluoruro comprimidos (equiv. PREVIDENT) (\$0 de copago paños o menos; los demás miembros están cubiertos con un copagenérico)	para miembros de 5 go de medicamento	-	1	MINERALES Y ELECTROLITOS
SODIO YODURO I-131 SOLUCIÓN		-	NC	AGENTES TIROIDEOS
SODIO OXIBATO SOLUCIÓN (QL = 540 ml/30 días; únicamente	disponible a través	LD-PA-QL	5	PSICOTERAPÉUTICOS Y
de Xyrem Certified Pharmacy 1-866-997-3688) fenilbutirato de sodio polvo (equiv. BUPHENYL)		<u>-</u>	3	AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC. AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
fenilbutirato de sodio comprimidos (equiv. BUPHENYL)		-	3	MISC. AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
poliestireno de sodio polvo (equiv. KAYEXALATE)		_	3	MISC. CLASES SURTIDAS
poliestireno de sodio polivo (equiv. KAYEXALATE) poliestireno de sodio suspensión (equiv. SPS)		-	2	CLASES SURTIDAS CLASES SURTIDAS
,		-	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfacetamida sódica gel (equiv. OVACE)		-	INC	DERMATOLOGICOS
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	genérico = letras minúso	culas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP	Programa obligatorio de f	farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG primeros 3 meses	Límite de cantidad Abandono del tabaquism	o	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢	RxCENTS			

especial Nivel Categoría	
3 DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
3 DERMATOLÓGICOS	
3 DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
1 LAXANTES	
NC DERMATOLÓGICOS	
. 3 ANTIVIRALES 4 AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICO	OS - MISC
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC DERMATOLÓGICOS	
NC DERMATOLÓGICOS	
2 ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS	
3 ANTIDIABÉTICOS	
NC TETRACICLINAS	
NC AMEBICIDAS	
3 CORTICOSTEROIDES	
3 CORTICOSTEROIDES	
NC CORTICOSTEROIDES	
3 CORTICOSTEROIDES	
NC CORTICOSTEROIDES	
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQU	IELÉTICA
NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICO MISC.	OS -
NC DERMATOLÓGICOS	
2 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES	
NC DERMATOLÓGICOS	
	NC AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLIC MISC. NC DERMATOLÓGICOS 2 ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código e	special	Nivel Categoría
sotalol AF comprimidos (equiv. BETAPACE AF)	-	2	BETA BLOQUEADORES
sotalol comprimidos (equiv. BETAPACE)	-	2	BETA BLOQUEADORES
SOTYKTU COMPRIMIDOS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SOTYLIZE SOLUCIÓN	-	NC	BETA BLOQUEADORES
SOTYLIZE SOLUCIÓN 5 MG/ML	-	NC	BETA BLOQUEADORES
SOVALDI PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC	ANTIVIRALES
SOVALDI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SOVUNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIMALÁRICOS
SPECTRACEF COMPRIMIDOS	-	4	CEFALOSPORINAS
SPEVIGO INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SPIKEVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
SPIKEVAX INYECTABLE 50 MCG/0.5 ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1	VACUNAS
SPINOSAD SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)	QL	3	DERMATOLÓGICOS
SPIRIVA HANDIHALER (Para uso con el dispositivo Handihaler)	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 MCG/ACT (QL= 1 inhalador/30 día	as; la QL-ST	3	ANTI ASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR	,		
[FLUTICASONA/SALMETEROL], BREO [FLUTICASONA/VILANTEROL],			
DULERA [MOMETASONA/FORMOTEROL] o SYMBICORT			
[BUDESONIDA/FORMOTEROL])			
SPIRIVA RESPIMAT INHALADÓR 2.5 MCG/ACTUACIÓN	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
espironolactona suspensión (equiv. CAROSPIR)	-	NC	DIURÉTICOS
espironolactona comprimidos (equiv. ALDACTONE)	-	2	DIURÉTICOS
espironolactona/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ALDACTAZIDE)	-	2	DIURÉTICOS
SPORANOX CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
SPORANOX SOLUCIÓN	-	NC	ANTIFÚNGICOS
sprintec 28 comprimidos (equiv. ORTHO-CYCLEN)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
SPRITAM COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
SPRIX SPRAY NASAL	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SPRYCEL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SPS	_	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
SSKI SOLUCIÓN ORAL	<u>-</u>	4	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
STALEVO COMPRIMIDOS	_	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA
OTALL VO GOWN MINIBOO	_	NO	RELACIONADA
STAVUDINE CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
estavudina cápsulas (equiv. ZERIT)	-	NC	ANTIVIRALES
STAVZOR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
STEGLATRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
STEGLUJAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
STELARA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STENDRA COMPRIMIDOS	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
STEQEYMA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STEQEYMA INYECTABLE 90 MG	-	NC	DERMATOLÓGICOS
STIMATE SOLUCIÓN NASAL	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
STIMUFEND INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
STIOLTO INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
NC = No cubierto genérico = letra:	s minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad			LD Distribución limitada
·	torio de farmacia especia		OTC De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantida	ad		RS Restricción a especialistas

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Abandono del tabaquismo

RxCENTS

SMKG

SF

VAC

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

primeros 3 meses

Programa de vacunación

ST

Terapia escalonada

Nombre del medicamento	Código especia	al Nive	el Categoría
STIVARGA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
STRATTERA CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
STRENSIQ INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
STRIANT PELÍCULA	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
STRIBILD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR (QL= 1 inhalador/30 días)	QL	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
STROMECTOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHELMÍNTICOS
STROVITE COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC	MULTIVITAMÍNICOS
SUBLOCADE SOLUCIÓN, BRIXADI SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUBOXONE PELÍCULA SL	<u>-</u>	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUBSYS SPRAY	_	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
SUCRAID SOLUCIÓN		NC	AYUDA DIGESTIVA
	<u>-</u>	3	MEDICAMENTOS PARA
sucralfato suspensión (equiv. CARAFATE)	-	3	ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉR GICOS
sucralfato comprimidos (equiv. CARAFATE)	-	2	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
SUFLAVE SOLUCIÓN (QL= 2 reposiciones/año calendario)	QL	3	LAXANTES
SULAR COMPRIMIDOS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamida sódica solución oftálmica (equiv. BLEPH-10)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamida sódica/prednisolona solución oftálmica (equiv. VASOC	CIDIN) -	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfato de sodio/azufre crema 10-5% (equiv. PLEXION SCT)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SULFACETAMIDA/PREDNISOLONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfadiazina comprimidos	-	4	SULFONAMIDAS
SULFAMYLON CREMA	-	3	DERMATOLÓGICOS
SULFAMYLON PACK	<u>-</u>	NC	DERMATOLÓGICOS
sulfasalazina EC comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sulfasalazina comprimidos (equiv. AZULFIDINE)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
sulindac comprimidos (equiv. CLINORIL)	-	2	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
SUMADAN LIMPIADOR 9-4.5%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SUMADEN XLT KIT	<u>-</u>	NC	DERMATOLÓGICOS
SUMANSETRON PAK	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMATRIPTÁN INYECTABLE (QL = 4 iny./reposición, 2 reposicione	s/30 días) QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 4 iny./reposición, 2 redás)		3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMATRIPTÁN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML (QL= 4 iny./reposición, reposiciones/30 días)		3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán spray nasal (equiv. IMITREX, SUMATRIPTÁN) (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán comprimidos (equiv. IMITREX) (QL= 9 comprimidos/reporeposiciones/30 días)		2	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán vial inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 5 iny./reposición, reposiciones/30 días)		3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
sumatriptán/naproxeno comprimidos (equiv. TREXIMET)	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMAVEL DOSEPRO INYECTABLE	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SUMAXIN LIMPIADOR	<u> </u>	NC	DERMATOLÓGICOS
sunitinib malato cápsulas (equiv. SUTENT) (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SUNLENCA INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
NC = No cubierto ger NC/3P = No cubierto, revisor externo	nérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
· ·	ertilidad	LD	Distribución limitada
	grama obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
·	iite de cantidad andono del tabaquismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
primeros 3 meses			•
VAC Programa de vacunación ¢ Rx	CENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
SUNLENCA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SUNLENCA COMPRIMIDOS 300 MG	-	NC	ANTIVIRALES
SUNOSI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
SUPRAX CÁPSULAS	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPRAX CÁPSULAS	-	NC	CEFALOSPORINAS
SUPRAX COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPRAX SUSPENSIÓN	-	NC	CEFALOSPORINAS
SUPRAX SUSPENSIÓN 500 MG/5ML	-	4	CEFALOSPORINAS
SUPREP PAQUETE DE PREPARACIÓN INTESTINAL	-	NC	LAXANTES
SURMONTIL CÁPSULAS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
SUSTIVA CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
SUSTIVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SUSTOL INYECTABLE	-	NC	ANTIEMÉTICOS
SUTAB COMPRIMIDOS	-	NC	LAXANTES
SUTENT CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SYLATRON INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
SYMAX DUOTAB	-	4	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
SYMBICORT INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
SYMBRAVO COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
SYMBYAX CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
SYMDEKO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	3	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
SYMFI (LO) COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SYMLINPEN INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
SYMPAZAN PELÍCULA ORAL	-	NC	ANTICONVULSIVOS
SYMPROIC COMPRIMIDOS	PA	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
SYMTUZA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
SYNAGIS INYECTABLE (Unicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Lumicera 855-847-3553, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	·LD-PA	1	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
SYNAREL SOLUCIÓN NASAL	-	3	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
SYNDROS SOLUCIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
SYNERA PARCHES	-	4	DERMATOLÓGICOS
SYNJARDY COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimido/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
SYNTHROID COMPRIMIDOS	-	4	AGENTES TIROIDEOS
SYNVEXIA TC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
SYPRINE CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
TABLOID COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TABRECTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLASICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TACLONEX POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
tacrolimús cápsulas (equiv. PROGRAF)	-	2	CLASES SURTIDAS
tacrolimús pomada (equiv. PROTOPIC POMADA)	-	2	DERMATOLÓGICOS
tadalafil comprimidos (equiv. CIALIS)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
tadalafil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA)	PA	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
tadalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg (equiv. CIALIS) (QL= 1 comprimido/día; la	QL-ST	2	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
terapia escalonada requiere prueba de doxazosina comprimidos, prazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas, o tamsulosina cápsulas	QE-01	۷	AGENTES GANDIOVAGGGEARTES - INIGG.
TADLIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TAFINLAR CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAFINLAR COMPRIMIDOS	MSP-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tafluprost solución oftálmica sin conservantes (equiv. ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA) (QL= 1 vial/día)	PA-QL	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TAGAMET COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
TAGRISSO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAKHZYRO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TALICIA CÁPSULAS		NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
TALTZ INY. (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
TALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TAMIFLU CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
TAMIFLU CÁPSULAS 30 MG	-	NC	ANTIVIRALES
tamoxifeno comprimidos (equiv. NOLVADEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos mayores de 35 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico)		1	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tamsulosina cápsulas (equiv. FLOMAX)	-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
TANZEUM INYECTABLE	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
TAPAZOLE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
TARCEVA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TARGRETIN CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TARGRETIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TARKA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TARPEYO CÁPSULAS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
TASCENSO ODT COMPRIMIDOS TASIGNA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
	•	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
tasimelteon cápsulas (equiv. HETLIOZ)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo Output Output	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad			Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio PA Autorización previa QL Límite de cantidad	de farmacia especializada		De venta libre Restricción a especialistas
SF Limitedo a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaqui primeros 3 meses	smo		Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código espe	ecial N	ivel Categoría
TASMAR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TASOPROL KIT CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tavaborol solución (equiv. KERYDIN) (QL= 10 ml/30 días; se requiere Terapia escalonada prueba de ciclopirox solución para uñas y terbinafina	QL-ST	3	DERMATOLÓGICOS
comprimidos)			
TAVALISSE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TAVNEOS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx 855-726-8479)	LD-PA-QL	5	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TAYTULLA CÁPSULAS	-	4	ANTICONCEPTIVOS
tazaroteno crema 0.1% (equiv. TAZORAC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tazaroteno gel (equiv. TAZORAC)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZORAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZORAC GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TAZVERIK COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TECFIDERA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TECFIDERA PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TEGRETOL SUSPENSIÓN	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
TEKTURNA HCT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TEKTURNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán comprimidos (equiv. MICARDIS)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán/amlodipina comprimidos (equiv. TWYNSTA)	-	3	ANTIHIPERTENSIVOS
TELMISARTÁN/AMLODIPINO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
telmisartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MICARDIS HCT)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
temazepam cápsulas 15 mg (equiv. RESTORIL)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL
temazepam cápsulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL)		4	SUEÑO HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL
	•		SUEÑO
temazepam cápsulas 30 mg (equiv. RESTORIL)	-	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam cápsulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL)	-	4	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
TEMODAR CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TEMOVATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TEMOVATE POMADA	- MCD	NC	DERMATOLÓGICOS
temozolomida cápsulas (equiv. TEMODAR)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TEMPO SMART BUTTON (QL= 1 botón/8 meses)	QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
tenofovir disoproxilo fumarato comprimidos (equiv. VIREAD)	-	2	ANTIVIRALES
TENORETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TENORMIN COMPRIMIDOS	-	NC	BETA BLOQUEADORES
TEPMETKO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TERAZOL CREMA	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
terazosina cápsulas (equiv. HYTRIN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
terbinafina comprimidos (equiv. LAMISIL)	-	2	ANTIFÜNGICOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
terbutalina sulfato comprimidos (equiv. BRETHINE)	-	3	ANTI ASMÁTICOS Y
			BRONCODILATADORES
terconazol crema (equiv. TERAZOL)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
TERCONAZOL CREMA 0.8 %	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
terconazol supositorios (equiv. TERAZOL)	-	2	PRODUCTOS VAGINALES
teriflunomida comprimidos (equiv. AUBAGIO COMPRIMIDOS)	MSP	2	PSICOTERAPÉUTICOS Y
			AGENTES NEUROLOGICOS - MISC.
teriparatida (recombinante) solución en pluma inyectable 600 mcg/2.4 ml (equiv FORTEO)		NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TERIPARATIDA INYECTABLE 560 MCG/2.24 ML	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABOLICOS - MISC.
TESSALON CÁPSULAS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TIRAS REACTIVAS (todas las demás tiras reactivas)	OTC	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
cipionato de testosterona inyectable (equiv. DEPO-TESTOSTERONE)	-	2	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA ENANTATO INYECTABLE 200 MG/ML (QL = 5 ml/reposición)	QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL 1% 25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1% 25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1% 50 MG (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel con bomba 1 % (equiv. VOGELXO GEL, ANDROGEL) (QL = 4 frascos/30 días	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL 10 MG/ACT	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel 2% (equiv. FORTESTA)	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1 % (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona gel con bomba 1.62 % (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TESTOSTERONÁ GEL, VOGELXO GEL	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
testosterona solución (equiv. AXIRON) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
TÉTANOS/TOXOIDE DIFTÉRICO INYECTABLES	VAC	1	TOXOIDES
tetrabenazina comprimidos (equiv. XENAZINE)	MSP-PA	4	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
tetraciclina cápsulas	-	4	TETRACICLINAS
TETRACICLINA COMPRIMIDOS	-	NC	TETRACICLINAS
TEXACORT SOLUCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TEZRULY SOLUCIÓN	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TEZSPIRE INYECTABLE (QL= 1 pluma/28 días)	MSP-PA-QL	5	ANTIASMATICOS Y BRONCODILATADORES
THALITONE COMPRIMIDOS	-	NC	DIURÉTICOS
THALOMID CÁPSULAS	MSP-PA	5	CLASES SURTIDAS
THEO-24 CÁPSULAS	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
teofilina ER comprimidos (equiv. UNIPHYL)	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
teofilina solución	-	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TEOFILINA COMPRIMIDOS ER	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
teofilina comprimidos ER (equiv. THEOPHYLLINE ER)	-	3	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
THIOLA EC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
THIOLA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tioridazina clorhidrato comprimidos (equiv. THIORIDAZINE)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
tiotixeno cápsulas (equiv. NAVANE)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
THYROLAR COMPRIMIDOS	-	3	AGENTES TIROIDEOS
tiagabina comprimidos (equiv. GABITRIL)	-	3	ANTICONVULSIVOS
TIAZAC CÁPSULAS	-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
TIBSOVO COMPRIMIDOS (QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	s LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ticagrelor comprimidos (equiv. BRILINTA)	-	3	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TICANASE PAK	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
TICOVAC INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
TIGAN CÁPSULAS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
TIGLUTIK SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES NEUROMUSCULARES
TIKOSYN CÁPSULAS	-	NC	ANTIARRÍTMICOS
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.5% (equiv. TIMOPTIC)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato gel oftálmico (equiv. TIMOPTIC-XE)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato solución oftálmica (equiv. TIMOPTIC)	-	2	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato solución oftálmica 0.5 % (equiv. ISTALOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.25% (equiv. TIMOPTIC)	-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleato comprimidos (equiv. BLOCADREN)	-	2	BETA BLOQUEADORES
timolol solución oftálmica (equiv. BETIMOL)	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC-XE GEL OFTÁLMICO	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TINDAMAX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
tinidazol comprimidos (equiv. TINDAMAX)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
tiopronina comprimidos (equiv. THIOLA)	MSP-PA	5	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tiopronina comprimidos de liberación retardada (equiv. THIOLA EC)	MSP-PA	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
tiotropio bromuro cápsulas para inhalador (equiv. SPIRIVA) (Para usar con dispositivo Handihaler)	PA	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TIROSINT CÁPSULAS	-	NC	AGENTES TIROIDEOS
TIROSINT-SOL	_	NC	AGENTES TIROIDEOS
TIVICAY PD COMPRIMIDOS	_	3	ANTIVIRALES
TIVICAY COMPRIMIDOS	_	3	ANTIVIRALES
tizanidina cápsulas (equiv. ZANAFLEX)	-	3	AGENTES DE TERAPIA
TIZANIDINA COMFORT KIT	- -	NC	MUSCULOESQUELÉTICA AGENTES DE TERAPIA
			MUSCULOESQUELÉTICA
tizanidina comprimidos (equiv. ZANAFLEX)	-	2	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
TOBI PODHALER (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5	AMINOGLUCÓSIDOS
TOBRADEX POMADA OFTÁLMICA	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	=	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
tobramicina solución para nebulizar (equiv. TOBI) (Restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas o Neumología)	MSP-RS	2	AMINOGLUCÓSIDOS
NC = No cubierto genérico = letras minú	isculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio d	le farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad			Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	smo	ST	Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Código especial Nivel Categoría

2

2

AMINOGLUCÓSIDOS

AGENTES OFTÁLMICOS

AGENTES OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento

tobramicina solución para nebulizar (equiv. BETHKIS) tobramicina solución oftálmica (equiv. TOBREX)

tobramicina/dexametasona solución oftálmica (equiv. TOBRADEX)

topramicina/dexametasona solución oftalmica (equ	IV. TOBRA	DEX)	-	2	AGENTES OF TALMICOS
TOBREX POMADA OFTÁLMICA			-	4	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBREX SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TODAY ESPONJA			OTC	1	PRODUCTOS VAGINALES
TOFRANIL COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIDEPRESIVOS
TOLAZAMIDA COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIDIABÉTICOS
TOLBUTAMIDE COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIDIABÉTICOS
tolcapona comprimidos (equiv. TASMAR)			-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TOLECTIN COMPRIMIDOS			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLMETIN CÁPSULAS			_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLMETIN COMPRIMIDOS, TOLECTIN COMPRI	MIDOS		_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
TOLSURA CÁPSULAS	WIIDOO		-	NC	ANTIFÚNGICOS
tolterodina SR cápsulas (equiv. DETROL LA)			-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
			-	2	ANTIESPASMODICOS URINARIOS ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
tolterodina comprimidos (equiv. DETROL)			- MCD		
TOLVAPTAN COMPRIMIDOS			MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
tolvaptán comprimidos (equiv. SAMSCA)			MSP	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
tolvaptán paquete de terapia en comprimidos (equi			LD-PA-QL	2	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS -
comprimidos/día; únicamente disponible a través d TOPAMAX CÁPSULAS DISPERSABLES	e Walgree	ns 888-347-3416)		NC	MISC. ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX CAPSULAS DISPERSABLES TOPAMAX COMPRIMIDOS			-	NC	ANTICONVULSIVOS
			-	NC	
TOPICORT CREMA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT GEL			•	NC	DERMATOLÓGICOS
TOPICORT POMADA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
topiramato ER cápsulas (equiv. QUDEXY)			-	NC	ANTICONVULSIVOS
topiramato cápsulas ER (equiv. TROKENDI XR)			-	NC	ANTICONVULSIVOS
topiramato solución oral (equiv. EPRONTIA) (Se re para miembros de 9 años en adelante)	quiere auto	orización previa	PA	4	ANTICONVULSIVOS
topiramato cápsulas dispersables (equiv. TOPAMA	X)		-	2	ANTICONVULSIVOS
topiramato comprimidos (equiv. TOPAMAX)			-	2	ANTICONVULSIVOS
TOPROL XL COMPRIMIDOS			-	NC	BETA BLOQUEADORES
toremifeno comprimidos (equiv. FARESTON)			-	3	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
torsemida comprimidos (equiv. DEMADEX)			-	2	DIURÉTICOS
torsemida comprimidos 20 mg (equiv. SOAANZ)			-	2	DIURÉTICOS
TOSYMRA SOLUCIÓN			-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
TOUJEO MAX SOLOSTAR INY.			-	3	ANTIDIABÉTICOS
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE			-	3	ANTIDIABÉTICOS
TOVET KIT			-	NC	DERMATOLÓGICOS
TOVIAZ COMPRIMIDOS			_	4	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
TRACLEER COMPRIMIDOS			_	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TRACLEER COMPRIMIDOS TRACLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg			_	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TRADJENTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/	'día)		QL	3	ANTIDIABÉTICOS
TRAMADOL KIT COMPUESTO	uia)		QL.		DERMATOLÓGICOS
			-	NC	
TRAMADOL ER CÁPSULAS			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
NC = No cubierto		genérico = letras minús	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
M Beneficio médico	MSP		e farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	·	RS	Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquis	mo	ST	Terapia escalonada
primeros 3 meses VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			
V/10 I Tograma de Vacamación	٣	INCLITIO			

Nombre del medicamento	Código especia	l Niv	el Categoría
tramadol ER comprimidos (equiv. ULTRAM ER) (La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [depend	ST	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
de opioides ER]) TRAMADOL HCL ER COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere por opioides IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioide	pasar ST es ERI)	4	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
TRAMADOL HCL COMPRIMIDOS tramadol hcl comprimidos 100 mg	-	NC NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol comprimidos (equiv. ULTRAM)	_	2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
tramadol/acetaminofeno comprimidos (equiv. ULTRACET)		2	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
trandolapril comprimidos (equiv. MAVIK)	_	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TRANDOLAPRIL/VERAPAMIL ER COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ácido tranexámico inyectable (equiv. CYKLOKAPRON)	-	NC	HEMOSTÁTICOS
		3	HEMOSTÁTICOS
ácido tranexámico comprimidos (equiv. LYSTEDA) TRANSDERM-SCOP PARCHES	-	NC	ANTIEMÉTICOS
	-		
TRANXENE-T COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
tranilcipromina comprimidos (equiv. PARNATE)	-	3	ANTIDEPRESIVOS
TRAVATAN Z GOTAS	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
travoprost solución oftálmica (equiv. TRAVATAN Z) (QL= 2.5 ml/30 días)		3	AGENTES OFTÁLMICOS
trazodona comprimidos (equiv. DESYREL)	-	2	ANTIDEPRESIVOS
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL)	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
TREANDA INYECTABLE	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRECATOR COMPRIMIDOS (Restringido a especialistas en Enfermeda infecciosas)	des RS	4	AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS
TRELEGY ELLIPTA INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TREMFYA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TREMFYA INYECTABLE 200 MG/2 ML	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TREMFYA PAQUETE DE INDUCCIÓN INYECTABLE PARA CROHN	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TRESIBA FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
TRESIBA INYECTABLE	-	3	ANTIDIABÉTICOS
tretinoína cápsulas (equiv. VESANOID)	MSP	2	ANTINEOPLÁSICOS
tretinoína crema (solo para acné; requiere autorización previa para miem de 35 años en adelante)	nbros PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel (solo para acné; requiere autorización previa para miembro 35 años en adelante)	os de PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel (equiv. RETIN-A GEL) (solo para acné; requiere autorizacion previa para miembros de 35 años en adelante)	ón PA	3	DERMATOLÓGICOS
tretinoína gel 0.08% (equiv. RETIN-A MICRO) (solo para acné; requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné; requautorización previa para miembros de más de 35 años)	iere PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné; requie autorización previa para miembros de más de 35 años)	ere PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo par requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	a acné; PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para requiere autorización previa para miembros de más de 35 años)	acné; PA	3	DERMATOLÓGICOS
TRETIN-X CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRETTEN INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
TREXALL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo genérico = let	ras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD	Distribución limitada
· ·	gatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cant SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del primeros 3 meses		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

Nombre	e del medicamento			Código especial	Niv	el Categoría
	T COMPRIMIDOS				NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
TREZIX C	ÁPSULAS, ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIH	IDROC	ODEÍNA	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
CÁPSULA	ona acetato inyectable (equiv. KENALOG)			-	2	CORTICOSTEROIDES
	ona acetónido pomada (equiv. TRIANEX)			-	NC	DERMATOLÓGICOS
triamcinolo	,			-	2	DERMATOLÓGICOS
		2405		-		
	ona en pasta orabase (equiv. KENALOG/ORAE	BASE)		-	2	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIENTES
triamcinolo				-	2	DERMATOLÓGICOS
	ona pomada			-	2	DERMATOLÓGICOS
	ona OTC spray nasal (equiv. NASACORT) (QL	.= 2 fras	cos/reposición)	OTC-QL	2	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
	NOLONA SPRAY			-	NC	DERMATOLÓGICOS
	ona spray (equiv. KENALOG)			-	NC	DERMATOLÓGICOS
	o cápsulas (equiv. DYRENIUM)			-	3	DIURÉTICOS
triamteren	o/hidroclorotiazida cápsulas (equiv. DYAZIDE)			-	2	DIURÉTICOS
triamteren	o/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MAXZI	DE)		-	2	DIURÉTICOS
TRIAMVE	X KIT			-	NC	DERMATOLÓGICOS
TRIANEX	POMADA			-	NC	DERMATOLÓGICOS
triazolam (comprimidos (equiv. HALCION)			-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
TRIBENZO	OR COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
	HYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DI	IAGNÓS	STICO)	-	NC	PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO
	HYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN	.,		_	NC	EXTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS
	<u> </u>					MISC
	OL SOLUCIÓN			-	NC	COADYUVANTES FARMACÉUTICOS
	solución (equiv. POLYCITRA-LC)			-	2	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
•	sulas (equiv. TRINSICON)			-	2	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
TRICOR (COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
	ápsulas (equiv. SYPRINE)			MSP-PA	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
TRIENTIN	IA CÁPSULAS			-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
trifluopera	zina comprimidos (equiv. STELAZINE)			=	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
TRIFLURI	DINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA			-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TRIGLIDE	COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
trihexifenio	dilo elixir (equiv. ARTANE)			-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
TRIHEXIF	ENIDILO SOLUCIÓN			-	2	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA
trihexifenio	dilo comprimidos (equiv. ARTANE)			-	2	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
TRIJARDY comprimid	Y XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-100 lo/día)	00 MG (QL = 1	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
	Y XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5	-1000 N	1G (QL= 2	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
	A COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
	A PAQUETE DE TERAPIA (QL= 2 paquetes/dí: Walgreens 888-347-3416)	a; única	mente disponible a	LD-PA-QL	5	AGENTES RESPIRATORIOS - MISC.
	comprimidos (equiv. ESTROSTEP FE)			-	1	ANTICONCEPTIVOS
•	AL SUSPENSIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
	AL COMPRIMIDOS			_	NC	ANTICONVULSIVOS
	CÁPSULAS			_	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
TRILOCIC				_	NC	DERMATOLÓGICOS
TRI-LUMA				_	EXC	DERMATOLÓGICOS
	nzamida cápsulas (equiv. TIGAN)			-	2	ANTIEMÉTICOS
	NC = No cubierto		genérico = letras minu	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
FVO	NC/3P = No cubierto, revisor externo	INIT	_		1.0	
EXC M	•	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio d	de farmacia especializada	LD OTC	Distribución limitada De venta libre
PA		QL	Límite de cantidad	.o .amidoid ospoblaizada	RS	Restricción a especialistas
SF		SMKG	Abandono del tabaquis	smo	ST	Terapia escalonada
VAC	primeros 3 meses Programa de vacunación	¢	RxCENTS			
VAC	r rograma de vacanación	٣	INOLIVIO			

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
TRIMETOPRIMA COMPRIMIDOS	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
trimetoprima comprimidos (equiv. PROLOPRIM)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
trimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL)	-	4	ANTIDEPRESIVOS
TRI-NORINYL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
TRINTELLIX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL-¢	4	ANTIDEPRESIVOS
TRIONEX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
tri-sprintec comprimidos (equiv. ORTHO TRI-CYCLEN [LO])	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TRIUMEQ PD COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TRIUMEQ COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TRI-VITAMINA FLÚOR GOTAS	-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
TRIZIVIR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
TROKENDI XR CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
tropicamida solución oftálmica (equiv. MYDRIACYL)	_	2	AGENTES OFTÁLMICOS
TROPICAMIDA/CICLOPENTOLATO/KETOROLACO/SOLUCIÓN OFTÁLMICA FACOEMULSIFICACIÓN	·-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
trospio cloruro de SR cápsulas (equiv. SANCTURA XR)	-	3	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
trospio comprimidos (equiv. SANCTURA)	-	2	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
TRUDHESA SPRAY NASAL	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
TRULANCE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	3	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
TRULICITY INY. (QL= 4 plumas/28 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
TRUMENBA INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
TRUQAP COMPRIMIDOS (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TRYNGOLZA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TRYPTYR SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
TRYVIO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TUDORZA PRESSAIR INHALADOR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
TUKYSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TURALIO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TUSSICAPS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
tussigon comprimidos (equiv. HYCODAN)	-	2	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TUXARIN ER COMPRIMIDOS	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TUZISTRA XR SUSPENSIÓN	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
TWIIST KIT DE RECARGA	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
TWIIST KIT DE INICIO	-	NC	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
TWINRIX INYECTABLE	VAC	1	VACUNAS
TWIRLA PARCHES	-	1	ANTICONCEPTIVOS
TWYNEO CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
TWYNSTA COMPRIMIDOS		NC	ANTIHIPERTENSIVOS
TYBLUME COMPRIMIDOS	_	1	ANTICONCEPTIVOS
TYBOST COMPRIMIDOS TYBOST COMPRIMIDOS	-	3	ANTIVIRALES
TYENNE INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
11 LIVIVE 1141. (QL- 2 1119./20 Glas)	WOI 1 A-QL	J	ANALOLOIGO - ANTINI LAMATONIOS

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	Categoría
TYKERB COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
TYLENOL/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
TYMLOS INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
TYPHIM VI INYECTABLE TYRVAYA SPRAY NASAL	VAC	EXC NC	VACUNAS AGENTES OFTÁLMICOS
TYSABRI INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
TYVASO DPI POLVO	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT DE MANTENIMIENTO EN POLVO 32-48 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32-48 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32 MCG	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
TYVASO SOLUCIÓN INHALABLE 0.6 MG/ML (QL= 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
UBRELVY COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
UCERIS ESPUMA RECTAL	PA	4	PRODUCTOS ANORRECTALES Y RELACIONADOS
UCERIS COMPRIMIDOS	-	NC	CORTICOSTEROIDES
UDENYCA INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ULORIC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ULTRACET COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ULTRAM COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ULTRAVATE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE LOCIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE PAC KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UMECTA EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UMECTA SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UPNEEQ SOLUCIÓN	-	EXC	AGENTES OFTÁLMICOS
UPTRAVI INYECTABLE	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
UPTRAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
URAMAXIN CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
URAMAXIN GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea crema	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA EMULSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea gel (equiv. URAMAXIN)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA KIT PARA UÑAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UREA SUSPENSIÓN	-	NC	DERMATOLÓGICOS
urea suspensión 40% (equiv. UMECTA)	-	NC	DERMATOLÓGICOS
URECHOLINE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
URELIEF PLUS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
UROCIT-K COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
UROXATRAL COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS
URSO FORTE COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ursodiol cápsulas (equiv. ACTIGALL)	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
URSODIOL CÁPSULAS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
ursodiol comprimidos (equiv. URSO (FORTE))	-	2	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
USTEKINUMAB INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML	-	NC	DERMATOLÓGICOS
UTA cápsulas	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
UTIBRON NEOHALER CÁPSULAS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
VABOMERE INYECTABLE	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VAFSEO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
VAGIFEM COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES
valaciclovir comprimidos (equiv. VALTREX)	-	2	ANTIVIRALES
VALCHLOR GEL (QL= 4 tubos/30 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5	DERMATOLÓGICOS
VALCYTE SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
VALCYTE COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
valganciclovir solución (equiv. VALCYTE)	-	3	ANTIVIRALES
valganciclovir comprimidos (equiv. VALCYTE)	-	3	ANTIVIRALES
VALIUM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
valproato inyectable (equiv. DEPACON)	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ácido valproico cápsulas (equiv. DEPAKENE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
ácido valproico jarabe (equiv. DEPAKENE)	-	2	ANTICONVULSIVOS
valsartán solución oral (equiv. VALSARTÁN)	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
valsartán comprimidos (equiv. DIOVAN)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. DIOVAN HCT)	-	2	ANTIHIPERTENSIVOS
VALTOCO SPRAY NASAL (QL= 5 dosis/reposición)	QL	4	ANTICONVULSIVOS
VALTREX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VANCOCIN CÁPSULAS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
vancomicina cápsulas (equiv. VANCOCIN) (QL= 56 cápsulas/reposición)	QL	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
vancomicina clorhidrato solución (equiv. VANCOMICINA)	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN ORAL	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	2	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
VANCOMICINA SOLUCIÓN		NC	AGENTES OFTÁLMICOS
VANDAZOLE GEL	-	2	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
VANFLYTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633) VANIQA CREMA	-	EXC	DERMATOLÓGICOS
VANOS CREMA	•		DERMATOLÓGICOS
VANRAFIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GENITOURINARIOS -
	-	NC	MISCELÁNEOS
vardenafilo ODT (equiv. STAXYN)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
vardenafilo comprimidos (equiv. LEVITRA)	-	EXC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
vareniclina tartrato comprimidos (equiv. VARENICLINA) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEÚROLÓGICOS - MISC.
vareniclina tartrato paquete de inicio comprimidos (equiv. VARENICLINE PAK) (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento		Código especia	I Nive	<u>l Categoría</u>
VARIVAX INYECTABLE		VAC	1	VACUNAS
VAROPHEN KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
VARUBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; Restr Oncología o Hematología)	ingido a especialista en	QL-RS	3	ANTIEMÉTICOS
VASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)		QL	3	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
/ASERETIC COMPRIMIDOS		=	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
vasolex pomada (equiv. XENADERM)		-	NC	DERMATOLÓGICOS
/ASOTEC COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
/AXCHORA SUSPENSIÓN		VAC	EXC	VACUNAS
/AXELIS INYECTABLE		VAC	1	TOXOIDES
AXNEUVANCE INYECTABLE		VAC	1	VACUNAS
V-C FORTE CÁPSULAS		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
v-c forte cápsulas (equiv. V-C FORTE)		-	NC	MULTIVITAMÍNICOS
VECAMYL COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
/ECTICAL POMADA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
/ELIVET PAK		-	1	ANTICONCEPTIVOS
/ELPHORO COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
/ELSIPITY COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
/ELTASSA POLVO (QL= 1 paquete/día)		PA-QL	3	CLASES SURTIDAS
/ELTASSA POLVO 1 GM (QL= 4 paquetes/día)		PA-QL	3	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
/EMLIDY COMPRIMIDOS		-	3	ANTIVIRALES
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO		_	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VENCLEXTA COMPRIMIDOS		_	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
			2	
venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR)		-		ANTIDEPRESIVOS
venlafaxina ER comprimidos		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR)		-	2	ANTIDEPRESIVOS
VENLAFAXINA COMPRIMIDOS		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
VENNGEL ONE KIT		-	NC	DERMATOLÓGICOS
VENTAVIS SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN		-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VENTOLIN HFA INHALADOR (QL= 2 inhaladores/30 día	s)	QL	2	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
/EOZAH COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		PA-QL	4	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VERAPAMILO ER CÁPSULAS		-	4	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERAPAMILO ER CÁPSULAS, VERELAN CÁPSULAS		-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo SR cápsulas (equiv. VERELAN)		-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo SR comprimidos (equiv. CALAN SR, ISOPTIN	N SR)	-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
verapamilo comprimidos (equiv. CALAN)		-	2	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERDESO ESPUMA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
VERDROCET COMPRIMIDOS DE 2.5 MG A 325 MG		-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
VEREGEN POMADA		-	NC	DERMATOLÓGICOS
VERELAN CÁPSULAS		-	NC	BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO
VERQUVO COMPRIMIDOS		-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VERSACLOZ SUSPENSIÓN		-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VERZENIO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)		MSP-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VESICARE LS SUSPENSIÓN		-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
NC = No cubierto	genérico = letras mi	núsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo	ū			
•	INF Infertilidad			Distribución limitada
	MSP Programa obligatorio QL Límite de cantidad	de farmacia especializada		De venta libre Restricción a especialistas
·	SMKG Abandono del tabaqı	uismo		Terapia escalonada
primeros 3 meses	# RYCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Nombre	e del medicamento			Código especial	Nive	<u>l Categoría</u>
VESICAR	RE COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
VFEND S	SUSPENSIÓN			-	NC	ANTIFÚNGICOS
VFEND C	COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIFÚNGICOS
V-GO KIT	INYECTABLE (QL= 1 kit/día)			QL	3	DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS
	COMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
VIBRAMI	CINA CÁPSULAS			-	NC	TETRACICLINAS
VIBRAMI	CINA SUSPENSIÓN			-	NC	TETRACICLINAS
	CINA JARABE			-	4	TETRACICLINAS
	DENO COMPRIMIDOS			-	NC	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
	NYECTABLE (QL= 9ml/30 días)			PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
	C CÁPSULAS			-	NC	ANTIVIRALES
	OLUCIÓN			_	NC	ANTIVIRALES
	na polvo en paquete (equiv. SABRIL POLV	(O)		-	NC	ANTICONVULSIVOS
-	na comprimidos (equiv. SABRIL)	0)		-	NC	ANTICONVULSIVOS
_	e polvo en paquete			-	NC	ANTICONVULSIVOS
-	DE SOLUCIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
	X SOLUCIÓN OFTÁLMICA					
				-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
	KIT DE INICIO	, , , , ,		-	NC	ANTIDEPRESIVOS
a través c	PAQUETE GRANULADO (QL= 1 paquete de Biologics 800-850-4306)		•	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
través de	COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; u Biologics 800-850-4306)		·	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
	COMPRIMIDOS 250 MG (QL= 2 comprim e a través de Biologics 800-850-4306)	únicamente	LD-PA-QL	5	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS	
vilazodon	a clorhidrato comprimidos (equiv. VIIBRYI		-	3	ANTIDEPRESIVOS	
VIMKUN	YA INYECTABLE			VAC	EXC	VACUNAS
VIMOVO	COMPRIMIDOS			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
VIMPAT :	SOLUCIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT (COMPRIMIDOS			-	NC	ANTICONVULSIVOS
viorele co	omprimidos, kariva comprimidos (equiv. MI	RCETTE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
VIRACEF	PT COMPRIMIDOS	,	-	5	ANTIVIRALES	
VIRAMUN	NE SUSPENSIÓN			-	NC	ANTIVIRALES
VIRAMUN	NE COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
VIRAMUN	NE XR COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
	COMPRIMIDOS			-	5	ANTIVIRALES
	COMPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
	_ CÁPSULAS				NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
VISTOGA				_	NC	ANTÍDOTOS
VITAFOL				_	4	MULTIVITAMÍNICOS
	D cápsulas (Únicamente cubierto con rece	ta)			2	VITAMINAS
	D capsulas (Officamente cubierto con rece D capsulas 1000 unidades	ia)		OTC	NC	
	•					VITAMINAS
	D cápsulas 400 unidades			OTC	NC	VITAMINAS
	A D COMPRIMIDOS 400 UNIDADES		4 15	OTC	NC	VITAMINAS
	′I CÁPSULAS 100 MG (QL= 2 cápsulas/dí Accredo 800-803-2523)	a; únican	nente disponible a	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
través de	′I CÁPSULAS 25 MG (QL= 6 cápsulas/día Accredo 800-803-2523)			LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
	′I SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día; únicamente 800-803-2523)	disponib	le a través de	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VIVELLE-	-DOT, MINIVELLE PARCHES			-	NC	ESTRÓGENOS
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minú	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad			Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP		e farmacia especializada		De venta libre
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquis	mo		Restricción a especialistas Terapia escalonada
01	primeros 3 meses	OWING	, wandono dei tabaquis	iiio	01	Totapia ocoaloriada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
VIVITROL INYECTABLE	MSP	5	ANTÍDOTOS
VIVJOA CÁPSULAS	-	NC	ANTIFÚNGICOS
VIVLODEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
VIVOTIF CÁPSULAS	VAC	EXC	VACUNAS
VIZIMPRO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VIZZ SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
VOCABRIA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VOGELXO GEL CON BOMBA 1%	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
VOLTAREN GEL	OTC	EXC	DERMATOLÓGICOS
VONJO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VONVENDI INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VOPAC 5 CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VOPAC CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VOPAC GB CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VOQUEZNA DUAL PAK	-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉ RGICOS
VOQUEZNA COMPRIMIDOS	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
VOQUEZNA TRIP PAK	-	NC	MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLIN ÉRGICOS
VORANIGO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VORANIGO COMPRIMIDOS 10 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
voriconazol suspensión (equiv. VFEND)	-	4	ANTIFÚNGICOS
voriconazol comprimidos (equiv. VFEND)	-	3	ANTIFÚNGICOS
VOSEVI COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
VOTRIENT COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
VOWST CÁPSULAS (QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
VOXZOGO INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VOYDEYA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VOYDEYA PAQUETE DE TERAPIA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
VP-PNV-DHA CÁPSULAS	-	2	MULTIVITAMÍNICOS
VRAYLAR CÁPSULAS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VRAYLAR PACK	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
VSL #3 CÁPSULAS	-	NC	ANTIDIARREICOS
VTAMA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VTOL SOLUCIÓN	-	NC	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS
VUMERITY CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
VYALEV INYECTABLE	-	NC	ANTIPARKINSONIANOS Y TERAPIA RELACIONADA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
VYKAT XR COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
VYNDAMAX CÁPSULAS	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VYNDAQEL CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
VYTONE CREMA 1.9-1%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
VYTORIN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
VYVANSE CÁPSULAS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
VYVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
VYVGART HYTRULO INYECTABLE	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
VYZULTA SOLUCIÓN	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
WAINUA INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
WAKIX COMPRIMIDOS	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
warfarina comprimidos (equiv. COUMADIN)	-	2	ANTICOAGULANTES
WAYRILZ COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
WEGOVY INYECTABLE	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
WEGOVY INYECTABLE 1.7 MG/0.75 ML	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
WEGOVY INYECTABLE 2.4 MG/0.75 ML	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
WELCHOL PAQUETE	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
WELCHOL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
WELIREG COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
WELLBUTRIN SR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN XL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
WESTCORT POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WEZLANA INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WEZLANA JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WILATE INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
WINLEVI CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WINREVAIR INYECTABLE	-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
GELES PARA VENDAJE DE HERIDAS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
WPR PLUS	-	NC	DERMATOLÓGICOS
wymzya FE COMPRIMIDOS (equiv. FEMCON FE)	-	1	ANTICONCEPTIVOS
WYNZORA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XACIATO GEL	-	NC	PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADOS
XADAGO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
XALATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XALIX SOL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XALKORI CÁPSULAS (QL = 2 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XANAX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nivel	Categoría
XANAX XR COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC	AGENTES ANTIANSIEDAD
XAQUIL XR COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
XARELTO PAQUETE DE INICIO	-	3	ANTICOAGULANTES
XARELTO SUSPENSIÓN	-	3	ANTICOAGULANTES
XARELTO COMPRIMIDOS	-	3	ANTICOAGULANTES
XCOPRI PAK 100-150 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAK 150-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAK 50-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 150 MG, 200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 25 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI COMPRIMIDOS 50 MG, 100 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 12.5-25 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 150-200 MG	-	NC	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 50-100 MG	<u>-</u>	NC	ANTICONVULSIVOS
XDEMVY GOTAS		NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XELJANZ SOLUCIÓN	<u>-</u>	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELJANZ COMPRIMIDOS		NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELJANZ XR COMPRIMIDOS	_	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
XELPROS EMULSIÓN OFTÁLMICA		NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XELSTRYM PARCHES	-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
XEMBIFY INYECTABLE	-	NC	AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO
XENADERM POMADA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XENAZINE COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XENICAL CÁPSULAS	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
XENLETA COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XEPI CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XERESE CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XERMELO COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
XHANCE INHALADOR NASAL	-	NC	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 9 comprimidos/3 días)) QL	4	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG (QL = 60 comprimidos/30 día	ías) QL	3	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
XIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/o	día) QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 2.5-1000 mg, 5-1000 mg (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 m 1 comprimido/día)	ng (QL= QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XIIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
XOFLUZA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/reposición)	QL	4	ANTIVIRALES
XOLAIR INYECTABLE	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOLAIR INYECTABLE 150 MG/ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOLAIR INYECTABLE 300 MG/2 ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
	nérico = letras minúsculas	N	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infe	rertilidad	LD D	Distribución limitada
·	ograma obligatorio de farmacia especializada		De venta libre
·	nite de cantidad vandono del tabaquismo		Restricción a especialistas erapia escalonada

primeros 3 meses RxCENTS Programa de vacunación

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
XOLAIR JERINGA	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOLAIR JERINGA 150 MG/ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOLAIR JERINGA 300 MG/2 ML	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOLEGEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XOLREMDI CÁPSULAS	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
XOPENEX SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
XOSPATA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XPHOZAH COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
XPOVIO PAK	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XROMI SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
XRYLIX PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
XTAMPZA ER CÁPSULAS (QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia de opioides ER])	QL-ST	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
XTANDI CÁPSÜLAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XTANDI COMPRIMIDOS 40 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XTANDI COMPRIMIDOS 80 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
XULTOPHY INYECTABLE (QL= 15 ml/30 días)	PA-QL	3	ANTIDIABÉTICOS
XURIDEN POLVO	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
XYNTHA INYECTABLE	-	EXC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
XYOSTED INYECTABLE	-	NC	ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS
XYREM SOLUCIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XYWAV SOLUCIÓN	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
XYZAL SOLUCIÓN	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
XYZAL COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
XYZBAC COMPRIMIDOS	-	EXC	PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA
YAZ COMPRIMIDOS, YASMIN 28 COMPRIMIDOS	-	NC	ANTICONCEPTIVOS
YBUPHEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YESINTEK INYECTABLE	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YESINTEK JERINGA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YESINTEK JERINGA 90 MG	-	NC	DERMATOLÓGICOS
YEZTUGO INYECTABLE	-	NC	ANTIVIRALES
YEZTUGO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
YF-VAX INYECTABLE	VAC	EXC	VACUNAS
YONSA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre de	I medicamento			Código especial	Niv	el Categoría
YORVIPATH II	NYECTABLE			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YORVIPATH II	NYECTABLE 294 MCG			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YORVIPATH II	NYECTABLE 420 MCG			-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
YOSPRALA C	OMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
YUFLYMA KIT	INYECTABLE (adalimumab-aaty)			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YUFLYMA KIT	(adalimumab-aaty)			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YUPELRI SOL	UCIÓN			-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
YUSIMRY INY	ECTABLE (adalimumab-aqvh)			-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
YUTREPIA CÁ	PSULAS			-	NC	AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC.
ZADITOR SOL	UCIÓN OFTÁLMICA			OTC	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
zafemy parche	s (equiv. XULANE)			-	1	ANTICONCEPTIVOS
	primidos (equiv. ACCOLATE)			_	3	ANTIASMÁTICOS Y
	las (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsula	ı/día)		QL	2	BRONCODILATADORES HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, dia)		QL.		SUEÑO
ZANAFLEX CA				-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ZANAFLEX CO	DMPRIMIDOS			-	NC	AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA
ZANOSAR INY	ECTABLE			М	6	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZARONTIN CÁ	PSULAS			-	NC	ANTICONVULSIVOS
ZARONTIN SC	DLUCIÓN			-	NC	ANTICONVULSIVOS
ZARXIO INYE	CTABLE			MSP	5	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ZAVESCA CÁI				-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
	PRAY NASAL (QL= 6 unidades/repos	ición; 60	unidades/365	PA-QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZECUITY PAR	CHES			-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZEGALOGUE	INYECTABLE			-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZEGERID CÁF				-	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
	VO EN PAQUETE			_	NC	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA
ZEJULA CÁPS	BULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicame macy 877-977-9118)	nte dispo	onible a través de	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZEJULA COMI	PRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; ú mat Pharmacy 877-977-9118)	nicamen	te disponible a	LD-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZELAPAR OD	-			-	NC	AGENTES ANTIPARKINSONIANOS
ZELBORAF CO				-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZELSUVMI GE	:1				NC	DERMATOLÓGICOS
ZEMPLAR CÁ				-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
zenzedi compr	imidos 10 mg (equiv. DEXEDRINE)			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
zenzedi compr	imidos 5 mg (equiv. DEXEDRINE)			-	NC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
ZEPATIER CC	MPRIMIDOS			-	NC	ANTIVIRALES
ZEPBOUND IN	IYECTABLE			-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
	No cubierto		genérico = letras min	úsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	P = No cubierto, revisor externo sión del plan	INF	Infertilidad		LD	Distribución limitada
	ficio médico	MSP		de farmacia especializada	OTC	De venta libre
	ización previa	QL	Límite de cantidad	•	RS	Restricción a especialistas
prime	ado a dos reposiciones de 15 días por los eros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaqui	smo	ST	Terapia escalonada
VAC Prog	rama de vacunación	¢	RxCENTS			

Nombre del medicamento	Código es	pecial	Nivel Categoría
ZEPBOUND VIAL INYECTABLE	-	EXC	TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ ANOREXÍGENOS
ZEPOSIA CÁPSULAS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZERIT CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ZESTORETIC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ZETIA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZETONNA SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4	AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS
ZIAC COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERTENSIVOS
ZIAGEN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
ZIAGEN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ZIANA GEL	-	NC	DERMATOLÓGICOS
zidovudina cápsulas (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
zidovudina jarabe (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
zidovudina comprimidos (equiv. RETROVIR)	-	2	ANTIVIRALES
ZIEXTENZO INYECTABLE	-	NC	AGENTES HEMATOPOYÉTICOS
ZILACAINE PAK	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZILBRYSQ INYECTABLE	_	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZILBRYSQ INYECTABLE 23 MG	-	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZILBRYSQ INYECTABLE 32.4 MG	_	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
zileutón ER comprimidos (equiv. ZYFLO CR)	_	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ZILXI ESPUMA	_	NC	DERMATOLÓGICOS
ZIMHI SOLUCIÓN	_	3	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ESPECÍFICOS
ZINBRYTA INYECTABLE	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
zinc gluconato comprimidos	OTC	2	MINERALES Y ELECTROLITOS
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 1 vial/día)	PA-QL	4	AGENTES OFTÁLMICOS
ziprasidona cápsulas (equiv. GEODON)	-	2	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZIPSOR CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ZIRGAN GEL OFTÁLMICO	-	3	AGENTES OFTÁLMICOS
ZITHROMAX POLVO EN PAQUETE	-	4	MACRÓLIDOS
ZITHROMAX SUSPENSIÓN	-	NC	MACRÓLIDOS
ZITHROMAX COMPRIMIDOS	-	NC	MACRÓLIDOS
ZITUVIMET XR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZITUVIO COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIDIABÉTICOS
ZOCOR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZOFRAN ODT	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOFRAN SOLUCIÓN	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOFRAN COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZOKINVY CÁPSULAS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ZOLINZA CÁPSULAS	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
zolmitriptán spray nasal (equiv. ZOLMITRIPTAN, ZOMIG) (QL= 6 pulverizaciones/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	l Categoría
zolmitriptán ODT (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOLMITRIPTAN SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
zolmitriptán comprimidos (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2	QL	3	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
reposiciones/30 días) ZOLOFT CONCENTRADO	_	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT COMPRIMIDOS	=	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZOLPAK KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOLPIDEM CÁPSULAS	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem ER comprimidos (equiv. AMBIEN CR) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem comprimidos (equiv. AMBIEN) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2	HIPNÓTICOS
tartrato de zolpidem SL comprimidos (equiv. INTERMEZZO)	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZOLPIMIST SPRAY	-	NC	HIPNÓTICOS/SEDANTES/TRASTORNOS DEL SUEÑO
ZOMACTON INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ZOMETA INYECTABLE	-	NC	AGENTES ENDOCRINOS Y METABÓLICOS - MISC.
ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOMIG COMPRIMIDOS	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZOMIG ZMT	-	NC	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA
ZONEGRAN CÁPSULAS	-	NC	ANTICONVULSIVOS
ZONISADE SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para los miembros de 9 años en adelante)	PA	4	ANTICONVULSIVOS
zonisamida cápsulas (equiv. ZONEGRAN)	-	2	ANTICONVULSIVOS
ZONTIVITY COMPRIMIDOS	_	NC	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.
ZORTRESS COMPRIMIDOS	-	NC	CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS
ZORVOLEX CÁPSULAS	-	NC	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS
ZORYVE CREMA (QL= 60 gramos/30 días)	PA-QL	3	DERMATOLÓGICOS
ZORYVE CREMA 0.15%	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZORYVE ESPUMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX CÁPSULAS	-	NC	ANTIVIRALES
ZOVIRAX CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX POMADA	-	4	DERMATOLÓGICOS
ZOVIRAX SUSPENSIÓN	-	NC	ANTIVIRALES
ZOVIRAX COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIVIRALES
ZTALMY SUSPENSIÓN (QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5	ANTICONVULSIVOS
ZUBSOLV SL COMPRIMIDOS	-	3	ANALGÉSICOS - OPIOIDES
ZUNVEYL COMPRIMIDOS	-	NC	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
ZUPLENZ SL PELÍCULA	-	NC	ANTIEMÉTICOS
ZURAMPIC COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ZURZUVAE CÁPSULAS 20 MG, 25 MG	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE CÁPSULAS 30 MG	-	NC	ANTIDEPRESIVOS
ZUTRIPRO LÍQUIDO	-	NC	TOS/RESFRÍO/ALERGIA
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1	PSICOTERAPÉUTICOS Y AGENTES NEUROLÓGICOS - MISC.
NC = No cubierto genérico = letras minú:	sculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad		LD [Distribución limitada
· ·	e farmacia especializada		De venta libre
PA Autorización previa QL Límite de cantidad			Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquis primeros 3 meses	no	ST 1	Ferapia escalonada
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Nombre del medicamento	Código especial	Nive	el Categoría
ZYCLARA CREMA	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZYDELIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYFLO CR COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ZYFLO COMPRIMIDOS	-	4	ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES
ZYKADIA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYKADIA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYLET SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ZYLOPRIM COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES CONTRA LA GOTA
ZYLOTROL-L KIT	-	NC	DERMATOLÓGICOS
ZYMAXID SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC	AGENTES OFTÁLMICOS
ZYMFENTRA INYECTABLE	-	NC	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.
ZYPITAMAG COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE	-	4	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYPREXA COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYPREXA ZYDIS COMPRIMIDOS	-	NC	ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS
ZYRTEC MASTICABLE PARA NIÑOS ALERGIAS	OTC	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
ZYRTEC COMPRIMIDOS MASTICABLES PARA NIÑOS	OTC	NC	ANTIHISTAMÍNICOS
ZYTIGA COMPRIMIDOS 250 MG	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYTIGA COMPRIMIDOS 500 mg	-	NC	ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES
ZYVOX SUSPENSIÓN	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.
ZYVOX COMPRIMIDOS	-	NC	AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Oitiiii	a actualización 5/11/2020		Código especial	Niv
TDAH/ANTINAR	COLE	PSIA/ANTIOBESIDAD/AN	OREXÍGE	NOS	
ANFETAMINAS					
nfetamina/dextroanfetamina ER cápsulas (equiv. ADDERALL XR)				-	2
nfetamina/dextroanfetamina comprimidos (equiv. ADDERALL)				-	2
extroanfetamina ER cápsulas (equiv. DEXEDRINE)				-	2
extroanfetamina comprimidos (equiv. DEXEDRINE)				-	2
sdexanfetamina dimesilato cápsulas (equiv. VYVANSE)				-	2
netanfetamina clorhidrato comprimidos (equiv. METANFETAMINA)				-	2
sdexamfetamina dimesilato comprimidos masticables (equiv. VYVAI	NSE)			-	3
extroanfetamina solución (equiv. PROCENTRA)				-	4
DDERALL COMPRIMIDOS				-	NC
DDERALL XR CÁPSULAS				-	NC
DZENYS ER SUSPENSIÓN				-	NC
DZENYS XR COMPRIMIDOS, ANFETAMINA ER ODT COMPRIMII	oos			-	NC
nfetamina comprimidos (equiv. EVEKEO)				-	NC
nfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 IYDAYIS)	partes 24	4 horas 12.5mg (equiv.		-	NC
nfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3	partes 24	4 horas 25 mg (equiv. MYDAYIS)		-	NC
nfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3 IYDAYIS)				-	NC
nfetamina-dextroanfetamina cápsulas de liberación prolongada de 3	partes 24	4 horas 50mg (equiv. MYDAYIS)		-	NC
ESOXYN COMPRIMIDOS				-	NC
EXEDRINE CÁPSULAS				-	NC
extroanfetamina sulfato comprimidos 15 mg (equiv. ZENZEDI)				-	NC
extroanfetamina sulfato comprimidos 2.5 mg (equiv. ZENZEDI)				-	NC
extroanfetamina sulfato comprimidos 20 mg (equiv. ZENZEDI)				-	NC
extroanfetamina sulfato comprimidos 30 mg (equiv. ZENZEDI)				-	NC
extroanfetamina sulfato comprimidos 7.5 mg (equiv. ZENZEDI)				-	NC
YANAVEL XR MASTICABLE				-	NC
VEKEO ODT				-	NC
VEKEO COMPRIMIDOS				-	NC
YVANSE CÁPSULAS				-	NC
YVANSE COMPRIMIDOS MASTICABLES				-	NC
ELSTRYM PARCHES				-	NC
enzedi comprimidos 10 mg (equiv. DEXEDRINE)				-	NC
enzedi comprimidos 5 mg (equiv. DEXEDRINE)				-	NC
ANALÉPTICOS					
afeína citrato solución (equiv. CAFCIT) (Cubierto para miembros de	11 meses	s de edad o menores)		-	3
AFCIT INYECTABLE				-	NC
ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS					
ENZFETAMINA COMPRIMIDOS				-	EXC
IETILPROPIÓN ER COMPRIMIDOS				-	EXC
etilpropión comprimidos				-	EXC
ENDIMETRAZINA ER COMPRIMIDOS				-	EXC
endimetrazina comprimidos (equiv. BONTRIL PDM)				-	EXC
LENITY CÁPSULAS				-	EXC
AGENTES ANTIOBESIDAD					
aglutida (manejo del peso) solución inyectable en pluma (equiv. SA	XENDA)			-	EXC
ota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentracion	•	as de los productos enumerados en la lista de	medicamentos		_,,,
	, 1011116	·		DOAS - LETDAS MAVIÍSOU AS	
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas	MA	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada		tribución limitada venta libre	
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	QL SMKG	especializada Límite de cantidad Abandono del tabaquismo		stricción a especialistas apia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre del medicamento

TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/AN	IORE:	XÍGENOS Cont.	
SAXENDA INYECTABLE		-	EXC
NEGOVY INYECTABLE		•	EXC
WEGOVY INYECTABLE 1.7 MG/0.75 ML		<u>-</u>	EXC
NEGOVY INYECTABLE 2.4 MG/0.75 ML		-	EXC
KENICAL CÁPSULAS		-	EXC
ZEPBOUND INYECTABLE		<u>-</u>	EXC
ZEPBOUND VIAL INYECTABLE		-	EXC
MCIVREE INYECTABLE		-	NC
AGENTES CONTRA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)			
atomoxetina cápsulas (equiv. STRATTERA)		-	2
olonidina ER comprimidos (equiv. KAPVAY)		-	2
guanfacina ER comprimidos (equiv. INTUNIV)		-	2
NTUNIV COMPRIMIDOS		-	NC
(APVAY COMPRIMIDOS		-	NC
DNYDA XR SUSPENSIÓN		-	NC
QELBREE ER CÁPSULAS		-	NC
STRATTERA CÁPSULAS		-	NC
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE DOPAMINA Y NOREPINEFRINA (IR	ND)		
SUNOSI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		PA-QL	3
ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DEL RECEPTOR H3 DE HISTAMIN	ΙA		
VAKIX COMPRIMIDOS		-	NC
ESTIMULANTES - MISC.			
rmodafinilo comprimidos (equiv. NUVIGIL) (QL= 1 comprimido/día)		QL	2
lexmetilfenidato ER cápsulas (equiv. FOCALIN XR)		-	2
lexmetilfenidato comprimidos (equiv. FOCALIN)		-	2
netilfenidato CD cápsulas (equiv. METADATE CD)		-	2
netilfenidato ER cápsulas (equiv. RITALIN LA)		<u>-</u>	2
netilfenidato ER comprimidos (equiv. CONCERTA)		-	2
netilfenidato solución (equiv. METHYLIN)		<u>-</u>	2
netilfenidato comprimidos (equiv. RITALIN)		-	2
nodafinilo comprimidos (equiv. PROVIGIL) (QL= 2 comprimidos/día)		QL	2
METHYLIN SOLUCIÓN			3
netilfenidato comprimidos masticables (equiv. METHYLIN)		<u>.</u>	3
netilfenidato ER cápsulas (equiv. APTENSIO XR)		-	3
METILFENIDATO ER COMPRIMIDOS		<u>.</u>	3
AZSTARYS CÁPSULAS		-	NC
CONCERTA COMPRIMIDOS, RITALIN SR COMPRIMIDOS		_	NC
COTEMPLA XR ODT		_	NC
DAYTRANA PARCHES		<u>.</u>	NC
OCALIN COMPRIMIDOS		- -	NC
FOCALIN XR CÁPSULAS			NC
		- -	NC
netilfenidato ER comprimidos 72 mg		- -	NC
netilfenidato td parches (equiv. DAYTRANA)		-	NC
		-	NC
PROVIGIL COMPRIMIDOS lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la list.	a de med	- icamentos	NC
	45 11104		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA Autorización previa QL Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo primeros 3 meses	ST	Terapia escalonada	
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS			

	Categoria/Clase		
Nombre del medicamento	Última actualización* 9/11/2025	Código especial	Nive
TDAH/ANT	INARCOLEPSIA/ANTIOBESIDAD/ANOREXÍGENOS	Cont.	
QUILLIVANT XR SUSPENSIÓN		-	NC
RELEXXI ER COMPRIMIDOS		-	NC
RITALIN LA CÁPSULAS, APTENSIO XR CÁPS	BULAS	-	NC
RITALIN COMPRIMIDOS		-	NC
E	XTRACTOS ALERGÉNICOS/BIOLÓGICOS MISC.		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS			
ODACTRA SL COMPRIMIDOS		PA	4
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE (Únicamen	ite disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES (Ún	icamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLU	CIÓN	-	NC
	MEDICINAS ALTERNATIVAS		
MEDICINA ALTERNATIVA - R'S			
RESERVAPAK JARABE		-	NC
	AMEBICIDAS		
AMEBICIDAS			
SOLOSEC PAQUETE GRANULADO		-	NC
	AMINOGLUCÓSIDOS		
AMINOGLUCOSIDOS			
neomicina comprimidos		-	2
obramicina solución para nebulizar (Restringido para	especialistas en Enfermedad infecciosas o Neumología)	MSP-RS	2
ARIKAYCE SUSPENSIÓN (QL= 1 vial/día; Únicament	ie disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046)	LD-PA-QL	5
TOBI PODHALER (Únicamente disponible a través de	Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
BETHKIS SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR, TOBI SOLI	UCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
HUMATIN CÁPSULAS		-	NC
KITABIS PAK SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR		-	NC
tobramicina solución para nebulizar (equiv. BETHKIS)		-	NC
	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS		
ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORE	S DE ENZIMAS		
RINVOQ ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL (QL= 12 ml/día)		MSP-PA-QL	5
OLUMIANT COMPRIMIDOS		-	NC
XELJANZ SOLUCIÓN		-	NC
XELJANZ COMPRIMIDOS		-	NC
XELJANZ XR COMPRIMIDOS		-	NC
ANTIRREUMÁTICOS ANTIMETABO	DLITOS		
RHEUMATREX COMPRIMIDOS		-	4
REDITREX INYECTABLE		-	NC
ANTICUERPOS MONOCLONALES	ANTI-TNF-ALFA		
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 MI	_ (equiv. HULIO) (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ny./28 días)	ARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA) (QL= 2	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE		MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE	, , ,	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PREC. (QL= 2 iny./28 días)	ARGADA (KIT DE 2 JERINGAS) (equiv. YUFLYMA)	MSP-PA-QL	5
Note: Calva que se indique la contrario, se subren tedes la	no concentraciones y formes de les productes enumerades en la lista de medicamentes		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	Ultima actualización* 9/11/2025	Código especial	Nive
ANALG	ÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA) (6		MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	(equiv. YUFLYMA) (QL= 1 kit/reposición; 1 reposición/año del	MSP-PA-QL	5
olan) ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE (equiv. HYRIMOZ) (QL= 2 iny	./28 días)	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML (QL= 2 iny./28 días	•	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-ADAZ JERINGA PRECARGADA INYECTABLE (QI	•	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR (equiv. HULIO) (Q		MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML (eq	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4	, ,	MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8		MSP-PA-QL	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8	,	MSP-PA-QL	5
HADLIMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 10 mg (QL = 2 jeringas/28 días)		MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 20 mg (QL = 2 jeringas/28 días)		MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 40 MG (QL = 2 jeringas/28 días)		MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE 80 MG (QL= 2 jeringas/28 días)		MSP-PA-QL	5
IUMIRA INYECTABLE CROHN/UC/HIDRADENITIS PAQUETE D	E INICIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE IN	CIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO UC PAQUETE DE INICIO (C		MSP-PA-QL	5
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS / UVEÍTIS PAQUETE DE INIC	CIO (QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan)	MSP-PA-QL	5
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg (QL = 2 plumas/28 días)		MSP-PA-QL	5
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
ABRILADA INYECTABLE		-	NC
ADALIMUMAB-RYVK INYECTABLE		-	NC
AMJEVITA AUTOINYECTOR (adalimumab-atto)		-	NC
AMJEVITA INYECTABLE (adalimumab-atto)		-	NC
CYLTEZO KIT DE AUTOINYECTOR (adalimumab-adbm)		-	NC
CYLTEZO INYECTABLE (adalimumab-adbm)		-	NC
HULIO INYECTABLE (adalimumab-fkjp)		-	NC
HULIO KIT (adalimumab-fkjp)		-	NC
HYRIMOZ INYECTABLE (adalimumab-adaz)		-	NC
HYRIMOZ PFS INYECTABLE (adalimumab-adaz)		-	NC
DACIO INYECTABLE (adalimumab-aacf)		-	NC
SIMPONI ARIA INYECTABLE		-	NC
IMPONI AUTOINYECTOR 100 MG		-	NC
SIMPONI AUTOINYECTOR 50 MG		-	NC
SIMPONI INYECTABLE 100 MG		-	NC
SIMPONI INYECTABLE 50 MG		-	NC
/UFLYMA KIT INYECTABLE (adalimumab-aaty)		-	NC
/UFLYMA KIT (adalimumab-aaty)		-	NC
/USIMRY INYECTABLE (adalimumab-aqvh)		-	NC
COMPLIESTOS DEL ODO			

COMPUESTOS DEL ORO

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont		14140
AURANOFIN CÁPSULAS	-	NC
RIDAURA CÁPSULAS	-	NC
BLOQUEADORES DE INTERLEUQUINA-1		
ARCALYST INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUQUINA-1 (IL-1RA)		
(INERET INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUQUINA-6		
YENNE INY. (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
ACTEMRA ACTPEN INYECTABLE	-	NC
ACTEMRA INYECCIÓN INTRAVENOSA	-	NC
ACTEMRA SC INYECTABLE	-	NC
(EVZARA INYECTABLE	-	NC
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)		
elecoxib cápsulas (equiv. CELEBREX)	-	2
liclofenaco potásico comprimidos (equiv. CATAFLAM)	-	2
liclofenaco sódico EC comprimidos (equiv. VOLTAREN)	-	2
liclofenaco sódico XR comprimidos (equiv. VOLTAREN XR)	-	2
etodolac cápsulas (equiv. LODINE)	-	2
etodolac comprimidos	-	2
: LURBIPROFENO COMPRIMIDOS	-	2
urbiprofeno comprimidos (equiv. ANSAID)	-	2
puprofeno suspensión (ÚNICAMENTE con receta) (equiv. ADVIL, MOTRIN)	-	2
puprofeno comprimidos	-	2
ouprofeno comprimidos (Únicamente cubierto con receta)	-	2
ndometacina cápsulas (equiv. INDOCIN)	-	2
ndometacina CR cápsulas (equiv. INDOCIN SR)	-	2
etorolaco inyectable 15 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
etorolaco inyectable 30 mg/ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
etorolaco inyectable 60 mg/2 ml (equiv. TORADOL) (QL= 20 ml/5 días)	QL	2
etorolaco comprimidos (equiv. TORADOL) (QL= 20 comprimidos/5 días)	QL	2
neloxicam comprimidos (equiv. MOBIC)	-	2
abumetona comprimidos (equiv. RELAFEN)	-	2
paproxeno comprimidos (equiv. NAPROSYN)	-	2
iroxicam cápsulas (equiv. FELDENE)	-	2
ulindac comprimidos (equiv. CLINORIL)	-	2
icido mefenámico cápsulas (equiv. PONSTEL)	-	3
paproxeno EC comprimidos (equiv. NAPROSYN EC)	-	3
iaproxeno sódico comprimidos (equiv. ANAPROX)	-	3
xaprozina comprimidos (equiv. DAYPRO)	-	3
todolac ER comprimidos (equiv. LODINE XL)	-	4
ENOPROFENO COMPRIMIDOS	-	4
KETOPROFENO ER CÁPSULAS	-	4
	-	4
1ECLOFENAMATO CÁPSULAS		
MECLOFENAMATO CÁPSULAS NAPROX COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Olima doldanización Olimadzo	Código especial	Nivel
- Itombie	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.	Oodigo especial	INIVE
CELEBREX CÁPSULAS	ANALGESICOS - ANTIINFLAMATORIOS COIII.		NC
COMBOGESIC COMPRIMIDOS		-	NC
COXANTO CÁPSULAS		- -	NC
			NC
DAYPRO COMPRIMIDOS DICLOFENAC CÁPSULAS		•	NC
	20D)	-	NC
diclofenaco potásico cápsulas (equiv. ZIPS		-	NC NC
diclofenaco potásico comprimidos 25 mg (-	NC
diclofenaco/misoprostol DR comprimidos (equiv. ARTHROTEC)	•	NC
DUEXIS COMPRIMIDOS		-	
FELDENE CÁPSULAS		-	NC
fenoprofeno calcio cápsulas (equiv. NALFo	· ·	•	NC
FENOPROFENO CÁPSULAS, NAFLON C	CAPSULAS	-	NC
FENOPRON CÁPSULAS		•	NC
IBU 600-EZS KIT		•	NC
IBUPROFENO COMPRIMIDOS		-	NC
ibuprofeno-famotidina comprimidos		-	NC
INDOCIN SUPOSITORIOS		-	NC
INDOCIN SUSPENSIÓN		-	NC
INDOMETACINA CÁPSULAS, TIVORBEX		-	NC
indometacina supositorios (equiv. INDOCI	N)	-	NC
indometacina suspensión (equiv. INDOCIN	N)	-	NC
INFLATHERM PAK		-	NC
KETOPROFENO CÁPSULAS		-	NC
KETOROLACO INYECTABLE		-	NC
ketorolaco inyectable (equiv. TORADOL)		-	NC
LURBIRO COMPRIMIDOS 100 MG		-	NC
meloxicam cápsulas (equiv. VIVLODEX)		-	NC
MELOXICAM COMFORT KIT		-	NC
MELOXICAM SUSPENSIÓN		-	NC
MOBIC COMPRIMIDOS		-	NC
MOTRIN SUSPENSIÓN		-	NC
NAFLON CÁPSULAS		-	NC
NAPRELAN CR COMPRIMIDOS		-	NC
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS		-	NC
NAPROSYN EC COMPRIMIDOS 500 MG		-	NC
NAPROSYN SUSPENSIÓN		-	NC
NAPROSYN COMPRIMIDOS		-	NC
naproxeno EC comprimidos 500 mg (equiv	/. NAPROSYN EC)	-	NC
naproxeno sódico CR comprimidos (equiv	•	-	NC
NAPROXENO SUSPENSIÓN	- ,	-	NC
naproxeno suspensión (equiv. NAPROSYI	V)	-	NC
naproxeno/esomeprazol magnesio DR cor		-	NC
PONSTEL CÁPSULAS	(-	NC
QMIIZ ODT COMPRIMIDOS		-	NC
RELAFEN DS COMPRIMIDOS		-	NC
SPRIX SPRAY NASAL		-	NC
OF RIA OF RATINAUAL			

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Offilia actualización 3/11/2020	Cádigo consoial	Nlive
	ANALOÉGICO ANTINEI AMATORIO O C	Código especial	Nive
	ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS Cont.		
TOLECTIN COMPRIMIDOS		-	NC
TOLMETIN CÁPSULAS		-	NC
TOLMETIN COMPRIMIDOS, TOLECTIN COMPRI	MIDOS	-	NC
VIMOVO COMPRIMIDOS		•	NC
VIVLODEX CÁPSULAS		-	NC
YBUPHEN COMPRIMIDOS		-	NC
ZIPSOR CÁPSULAS		-	NC
ZORVOLEX CÁPSULAS		-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTEF	RASA 4 (PDE4)		
OTEZLA PAQUETE DE INICIO		-	NC
OTEZLA COMPRIMIDOS		-	NC
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PI	RIMIDINAS		
leflunomida comprimidos (equiv. ARAVA)		-	2
ARAVA COMPRIMIDOS			NC
MODULADORES DE COESTIMULACI	ÓN SELECTIVOS		
ORENCIA CLICK INYECTABLE	<u> </u>		NC
ORENCIA SC INYECTABLE 125 MG/ML		-	NC
ORENCIA SC INYECTABLE 50 MG/0.4 ML		-	NC
ORENCIA SC INTECTABLE 30 MG/0.4 ME			NC
	DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		110
		MCD DA OL	
ENBREL INYECTABLE 25 MG (QL= 8 iny./28 días	•	MSP-PA-QL	5
ENBREL INYECTABLE 50 MG (QL= 4 iny./28 días	5)	MSP-PA-QL	5
ENBREL MINI INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	41. (00 W.)	MSP-PA-QL	5
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG (QL=		MSP-PA-QL	5
	ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS		
COMBINACIONES ANALGÉSICAS			
ALLZITAL COMPRIMIDOS		-	NC
butalbital/acetaminofeno cápsulas		-	NC
butalbital/acetaminofeno/cafeína solución		-	NC
butalbital/acetaminofeno/cafeína comprimidos (equ	uiv. FIORICET)	-	NC
BUTALBITAL/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDO	os estados esta	-	NC
DOLGIC PLUS COMPRIMIDOS		-	NC
ESGIC COMPRIMIDOS		-	NC
FIORICET CÁPSULAS		-	NC
FIORINAL CÁPSULAS		-	NC
VTOL SOLUCIÓN		-	NC
ANALGÉSICOS - INHIBIDORES DE S	EÑALES DE DOLOR DE LOS CANALES DE SODIO		
JOURNAVX COMPRIMIDOS		-	NC
SALICILATOS			
	niembros masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos [sin	OTC	1
aspirina ec comprimidos 325 mg		OTC	1
aspirina ec comprimidos 81 mg (Cubierto para miembros	masculinos de 45 a 79 años; cubierto para miembros femeninos de 55 a 79 años)	OTC	1
aspirina comprimidos 325 mg (Cubierto para hombres de	45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años)	OTC	1
diflunisal comprimidos (equiv. DOLOBID)		-	2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las o	concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas MARCAS =	LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad LD Distribución	limitada	

PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada
primeros 3 meses

VAC Programa de vacunación ¢ RXCENTS

Programa obligatorio de farmacia especializada

MSP

LD

OTC

Distribución limitada

De venta libre

EXC

М

Exclusión del plan

Beneficio médico

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		actuani	Zacion 9/11/2025		Código especial	Nive
TOILIDIG			NO NA POÓTICOS O		Coulgo especial	INIVE
		COS -	NO NARCÓTICOS Cont.			
	omprimidos (equiv. DISALCID)				-	3
OLOBID	COMPRIMIDOS	LOÉO	IOOO ODIOIDEO		-	NC
		LGES	ICOS - OPIOIDES			
	STAS OPIOIDES					
	ato comprimidos				-	2
	a comprimidos (equiv. DILAUDID)				-	2
	SOLUCIÓN (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR s				ST	2
netadona co pioides ER]	mprimidos (equiv. DOLOPHINE) (La terapia escalonada requiere pasa)	ar por un op	oloide IR si no ha utilizado opioides antes [dependencia	a de	ST	2
netadona co	mprimidos (La terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si	no ha utiliza	ado opioides antes [dependencia de opioides ER])		ST	2
	to ER comprimidos (equiv. MS CONTIN) (La terapia escalonada requie a de opioides ER])	ere pasar p	or un opioide IR si no ha utilizado opioides antes		ST	2
IORFINA S	ULFATO SOLUCIÓN ORAL 10 MG/5 ML				-	2
IORFINA S	ULFATO SOLUCIÓN ORAL 100 MG/5 ML				-	2
orfina sulfa	to solución oral 10 mg/5 ml (equiv. MORFINA SULFATO)				-	2
norfina sulfa	to solución				-	2
IORFINA S	ULFATO SOLUCIÓN 20 MG/5 ML				-	2
orfina sulfa	to comprimidos				-	2
xicodona ca	ápsulas (equiv. OXYIR)				-	2
XICODON	A COMPRIMIDOS				-	2
xicodona co	omprimidos (equiv. ROXICODONE)				-	2
amadol con	nprimidos (equiv. ULTRAM)				-	2
trato de fer	tanilo pastilla paleta (equiv. ACTIQ) (QL= 120 pastillas/30 días)				PA-QL	3
	ches (equiv. DURAGESIC) (La terapia escalonada requiere pasar por u	un opioide l	R si no ha utilizado opioides antes [dependencia de op	oioides	ST	3
	DNA BITARTRATO ER COMPRIMIDOS (QL = 1 comprimido/día; la tel es [dependencia de opioides ER])	rapia escalo	onada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizad	do	QL-ST	3
	bitartrato er comprimidos (equiv. HYSINGLA) (QL= 1 comprimido/día; ides antes [dependencia de opioides ER])	la terapia e	scalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha		QL-ST	3
IORFINA S	ULFATO SUPOSITORIO				-	3
UCYNTA E	R COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada req	luiere pasar	por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes		QL-ST	3
	a de opioides ER]) oncentrado (equiv. ROXICODONE)				_	3
	olución (equiv. ROXICODONE)				-	3
XYIR CÁP	· · ·				-	3
TAMPZA E	R CÁPSULAS (QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requi a de opioides ER])	iere pasar p	oor un opioide IR si no ha utilizado opioides antes		QL-ST	3
ODEÍNA S	ULFATO SOLUCIÓN				_	4
	a ER comprimidos (equiv. EXALGO) (QL= 1 comprimido/día; la terapia	escalonada	a requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado		QL-ST	4
pioides ante	es [dependencia de opioides ER])			nch-		
tilizado opio	ULFATO ER CÁPSULAS PERLADAS (La terapia escalonada requiere oides antes [dependencia de opioides de liberación prolongada])	el uso pre\	no de un opiolue de liberación inmediata si el paciente	no na	01	4
UCYNTA C	OMPRIMIDOS	200r 202 · · ·	opinido IP ni po ho utilizado opinidos estas filos un lu	oio d-	- CT	4
pioides ER]					51	4
	HCL ER COMPRIMIDOS (La terapia escalonada requiere pasar por u a de opioides de liberación prolongada])	ın opioide d	e liberación inmediata si no ha utilizado opioides antes	3	ST	4
	COMPRIMIDOS				-	NC
CTIQ PAST	ILLAS				-	NC
EMEROL (COMPRIMIDOS				-	NC
	OMPRIMIDOS				-	NC
SUVIA SL	COMPRIMIDOS				-	NC
Nota: Salvo	que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y for	mas de los	productos enumerados en la lista de medicamentos.			
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚS	CULAS
EXC		NF	Infertilidad L	.D	Distribución limitada	
M		MSP		OTC	De venta libre	
PA SF	•	QL SMKG		RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

VAC

Programa de vacunación

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	Nive
	ANALGÉSICOS - OPIOIDES Cont.		
FENTANILO BUCAL COMPRIMIDOS		-	NC
FENTANILO CITRATO EN PALETA		-	NC
entanilo parches 37.5 mcg, 62.5 mcg, 87.5 mcç	g (equiv. FENTANILO)	-	NC
ENTORA COMPRIMIDOS		-	NC
HIDROCODONA BITARTRATO ER CÁPSULA:	3	-	NC
HIDROMORFONA SUPOSITORIOS (ADIAN CÁPSULAS		-	NC NC
AZANDA SPRAY NASAL		-	NC
evorfanol comprimidos (equiv. LEVORFANOL)		-	NC
neperidina comprimidos (equiv. DEMEROL) METHADOSE CONC		-	NC NC
MORPHABOND COMPRIMIDOS		-	NC
AS CONTIN COMPRIMIDOS		-	NC
DPANA COMPRIMIDOS		-	NC
DXYCONTIN CR COMPRIMIDOS		-	NC
oximorfona comprimidos		-	NC
QDOLO SOLUCIÓN, TRAMADOL SOLUCIÓN		-	NC
ROXICODONA COMPRIMIDOS		-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS		-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS 15 MG		-	NC
OXYBOND COMPRIMIDOS 30 MG		-	NC
ROXYBOND COMPRIMIDOS 5 MG		-	NC
RYBIX ODT		-	NC
SUBSYS SPRAY		-	NC
RAMADOL ER CÁPSULAS		-	NC
RAMADOL HCL COMPRIMIDOS ramadol hcl comprimidos 100 mg		-	NC NC
JLTRAM COMPRIMIDOS		-	NC
COMBINACIONES DE OPIOIDES			
cetaminofeno/cafeína comprimidos (equiv. TY	LENOL/CODEÍNA)	-	2
spirina/codeína comprimidos		-	2
cetaminofeno/hidrocodona cápsulas (equiv. LC	DRCET)	-	2
idrocodona/acetaminofeno solución (equiv. HY	,	-	2
idrocodona/acetaminofeno comprimidos (equiv	,	-	2
xicodona/acetaminofeno cápsulas (equiv. TYL	OX)	-	2
oxicodona/acetaminofeno comprimidos (equiv F	PERCOCET)	-	2
OXICODONA/ASPIRINA COMPRIMIDOS		-	2
entazocina/acetaminofeno comprimidos (equiv	,	-	2
ramadol/acetaminofeno comprimidos (equiv. U	LTRACET)	-	2
PAP/CODEÍNA SOLUCIÓN		-	3
OXICODONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN	(-	3
nidrocodona/acetaminofeno solución 10-325 mo	,	-	4
idrocodona/acetaminofeno comprimidos 2.5-3	- , ,	-	4
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDO		-	4
nidrocodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. VI	,	-	4
HIDROCODONA/IBUPROFENO COMPRIMIDO	OS 10-200 MG	-	4

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

ANALGÉSICOS - OPIOIDES Cont.

Código especial

Nivel

4 4

NC

Nombre

LORTAB ELIXIR

APADAZ COMPRIMIDOS

oxicodona/ibuprofeno comprimidos (equiv. COMBUNOX)

ACETAMINOFENO/CAFEÍNA/DIHIDROCODEÍNA COMPRIMIDOS

NEADAZ	. COMPRIMIDOS					NC
IORICE	T/CODEÍNA CÁPSULAS				-	NC
IORINA	L/CODEÍNA CÁPSULAS				-	NC
idrocod	ona/acetaminofeno comprimidos 10 mg-3	300 mg (ed	quiv. XODOL)		-	NC
	ona/acetaminofeno comprimidos 5 mg-30				-	NC
idrocod	ona/acetaminofeno comprimidos 7.5 mg-	300 mg (e	quiv. XODOL)		-	NC
.ORTAB		J (,		-	NC
XICOD	ONA/ACETAMINOFENO SOLUCIÓN 10	-300 MG/5	5 ML. PROLATE SOLUCIÓN 10-300 MG	/5 ML	-	NC
	ONA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDO				-	NC
	CET COMPRIMIDOS				-	NC
	V COMPRIMIDOS 10-300 MG				<u>-</u>	NC
	V COMPRIMIDOS 5-300 MG				<u>-</u>	NC
	E COMPRIMIDOS 7.5-300 MG				-	NC
	ITIS COMPRIMIDOS				<u>-</u>	NC
	CÁPSULAS, ACETAMINOFENO/CAFEÍN	JA/DIHIDE	ROCODEÍNA CÁPSULAS		-	NC
	L/CODEÍNA COMPRIMIDOS	·, (Dii iiDi			_	NC
	ET COMPRIMIDOS				_	NC
	OCET COMPRIMIDOS DE 2.5 MG A 325	MG			-	NC
	OFENO COMPRIMIDOS	.,,,				NC
	IISTAS OPIOIDES PARCIALES					140
		DNIE'				
•	fina/naloxona sl película (equiv. SUBOX	,			-	2
•	fina/naloxona SL comprimidos (equiv. SL				-	2
	ol spray nasal (equiv. STADOL) (QL= 1 fr	asco/repo	sición, 2 reposiciones/30 días)		QL	3
	V SL COMPRIMIDOS				<u> </u>	3
	fina parches (equiv. BUTRANS) (QL= 4 p do opioides antes [dependencia de opioid		3 días; la terapia escalonada requiere pas	sar por un	opioide IR si no QL-ST	4
entazoo	cina/naloxona comprimidos (equiv. TALW	IN NX)			-	4
	A PELÍCULA	,			-	NC
BUNAVA	AIL PELÍCULA				-	NC
uprenor	fina clorhidrato película bucal (equiv. BEI	_BUCA)			-	NC
	fina SL comprimidos (equiv. SUBUTEX)	•			-	NC
	IS PARCHES				-	NC
albufina	a inyectable				-	NC
	CADE SOLUCIÓN, BRIXADI SOLUCIÓN				-	NC
	ONE PELÍCULA SL				-	NC
			ANDRÓGENOS-ANABÓLI	COS		
ESTE	ROIDES ANABÓLICOS		ANDROGENOG ANADOLI			
NADRO	OL COMPRIMIDOS				_	4
	ÓGENOS					
	de testosterona inyectable (equiv. DEPC)-TESTOS	STERONE)		-	2
•	cápsulas (equiv. DANOCRINE)		,		-	3
	STERONA ENANTATO INYECTABLE 200	MG/ML (QL = 5 ml/reposición)		QL	3
	vo que se indique lo contrario, se cubren todas las			lista de med		
	. ,		,			
	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA SF	Autorización previa Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada	
	primeros 3 meses	CiviiCO	·	51	. З. арта обощопича	
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS Cont.	<u>codigo copcolai</u>	IXIV
ESTOSTERONA GEL 1% 25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
estosterona gel 1% 25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	3
estosterona gel 1% 50 MG (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)	PA-QL	3
estosterona gel con bomba 1% (equiv. VOGELXO GEL, ANDROGEL) (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3
ESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1 % (QL= 4 frascos/30 días)	PA-QL	3
estosterona gel con bomba 1.62 % (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3
estosterona solución (equiv. AXIRON) (QL= 2 frascos/30 días)	PA-QL	3
netiltestosterona cápsulas	PA	4
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	PA-QL	4
estosterona gel 1.62 % 1.25 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	4
estosterona gel 1.62 % 2.5 mg (equiv. ANDROGEL) (QL= 2 paquetes/día)		4
ESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 MG (QL= 1 paquete/día)	PA-QL	•
NDROGEL 1 % 25 MG	-	NC
NDROGEL 1 % 50 mg, TESTIM GEL 1 %	-	NC
NDROGEL 1.62 % 1.25 GM	-	NC
NDROGEL 1.62 % 2.5 GM	-	NC
NDROGEL BOMBA 1.62 %	-	NC
YZATREX CÁPSULAS	-	NC
YZATREX CÁPSULAS, JATENZO CÁPSULAS, TLANDO CÁPSULAS	-	NC
IETHITEST COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
ATESTO GEL	-	NC
ATESTO GEL NASAL	-	NC
TRIANT PELÍCULA	-	NC
ESTOSTERONA GEL 10 MG/ACT	-	NC
estosterona gel 2% (equiv. FORTESTA)	-	NC
ESTOSTERONA GEL, VOGELXO GEL	-	NC
OGELXO GEL CON BOMBA 1%	-	NC
YOSTED INYECTABLE	-	NC
AGENTES ANORRECTALES		
ESTEROIDES INTRARRECTALES		
idrocortisona enema (equiv. CORTENEMA)	-	3
CORTIFOAM	-	4
CORTENEMA	-	NC
COMBINACIONES RECTALES		
docaína/hidrocortisona crema (equiv. ANAMANTLE)	-	3
ROCTOFOAM HC ESPUMA	-	3
NALPRAM-E KIT	-	4
NALPRAM-HC CREMA	-	NC
IDOCAÍNA/HIDROCORTISONA KIT CREMA RECTAL	-	NC
ramoxina/hidrocortisona crema (equiv. ANALPRAM-HC)	-	NC
ROCORT CREMA	-	NC
ESTEROIDES RECTALES		
roctosol HC crema (equiv. ANUSOL HC)	-	2
NUSOL-HC CREMA	<u>-</u>	NC
NUSOL-HC SUPOSITORIOS	-	NC
idrocortisona supositorios (equiv. ANUSOL HC)	<u>-</u>	NC
		110
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicame	entos.	
	IRCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo		

Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PA RS Autorización previa QL Límite de cantidad Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada VAC Programa de vacunación ¢ **RxCENTS**

LD

Distribución limitada

Infertilidad

INF

NC/3P = No cubierto, revisor externo

Exclusión del plan

EXC

Última actualización* 9/11/2025

			Código especial	Nive
PROD	UCTOS ANORRECTALES Y	/ RELA	CIONADOS	
PUMA RECT.	AL)		PA	4
			PA	4
			-	NC
RIOS			-	NC
.ES				
			-	NC
			-	2
				_
			-	4
			-	4
	ANTIHEI MÍNTICOS			•
	ANTIHELIMINTICOS			
				2
	s en Enfermedades infecciosas)		RS	3
•			•	3
			-	3
			•	4
			-	NC
			-	NC
			•	NC
			•	NC
			-	NC
	4.051,150,41,151,41,011,0		•	NC
	AGENTES ANTIANGINO	SOS		
				2
			-	
			-	NC
			-	NC
,			-	2
,			-	2
MONOKET)			-	2
			-	2
			•	2
AT)			•	2
			•	3
			<u>-</u>	4
				4
			<u>-</u>	4
JAL)			-	4
las concentracio	ones y formas de los productos enumerados en la	lista de med	- ticamentos	4
ac concentració	inos y romias de los productos enumerados en la	i iista de IIIet	ilodinonioo.	
	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
	RIOS LES RIOS LES RIOS RIOS LES RIOS LES RIOS LES RIOS RIOS RIOS RIOS RIOS RIOS RIOS RIO	ANTIHELMÍNTICOS ANTIHELMÍNTICOS Respecialistas en Enfermedades infecciosas) L) AGENTES ANTIANGINO BIL) UIV. IMDUR) MONOKET) FAT) ISORDIL) S R JAL)	ANTIHELMÍNTICOS ANTIHELMÍNTICOS ASSENTES ANTIANGINOSOS AGENTES ANTIANGINOSOS AGENTES ANTIANGINOSOS AGENTES ANTIANGINOSOS AGENTES ANTIANGINOSOS AGENTES ANTIANGINOSOS	RIOS - ES - ANTIHELMÍNTICOS - ANTIHELMÍNTICOS - a especialistas en Enfermedades infecciosas) RS L) -

Última actualización* 9/11/2025

Nombre				<u>Código especial</u>	Nive
		AGENTES ANTIANGINOSO	S Con	<u>t.</u>	
GONITRO POLVO				-	NC
ISORDIL TITRADOSE COMPRIMIDOS				-	NC
NITRO-DUR PARCHES				-	NC
NITROLINGUAL PUMP SPRAY				-	NC
NITROSTAT SL COMPRIMIDOS				-	NC
		AGENTES ANTIANSIEDAD	.		
AGENTES ANTIANSIEDAD - MISC.		AGENTES ANTIANGIEDAD	•		
buspirona comprimidos (equiv. BUSPAR)				-	2
hidroxizina pamoato cápsulas (equiv. VISTARIL)				-	2
HIDROXIZINA PAMOATO CÁPSULAS 100 MG				-	2
nidroxizina jarabe (equiv. ATARAX)				-	2
hidroxizina comprimidos (equiv. ATARAX)				-	2
meprobamato comprimidos (equiv. MILTOWN)				-	4
BUCAPSOL CÁPSULAS				_	NC
VISTARIL CÁPSULAS				_	NC
BENZODIAZEPINAS					110
alprazolam comprimidos (equiv. XANAX)					2
diazepam concentrado (equiv. VALIUM)				- -	2
diazepam solución oral 5 mg/5 ml (equiv.				- -	2
DIAZEPAM)				-	2
diazepam comprimidos (equiv. VALIUM)				-	2
orazepam concentrado (equiv. ATIVAN)				-	2
orazepam comprimidos (equiv. ATIVAN)				-	2
alprazolam ER comprimidos (equiv. XANAX XR)				-	3
alprazolam ODT (equiv. NIRAVAM)				-	4
ATIVAN COMPRIMIDOS				<u>.</u>	NC
clordiazepóxido cápsulas (equiv. LIBRIUM)				_	NC
					NC
clorazepato comprimidos (equiv. TRANXENE-T) LOREEV XR CÁPSULAS				-	NC
				-	
NIRAVAM ODT				-	NC
oxazepam cápsulas (equiv. SERAX)				-	NC
TRANXENE-T COMPRIMIDOS				-	NC
VALIUM COMPRIMIDOS				-	NC
XANAX COMPRIMIDOS				-	NC
XANAX XR COMPRIMIDOS				-	NC
ANTIA DRÍTMICOCTIDO LA		ANTIARRÍTMICOS			
ANTIARRÍTMICOSTIPO I-A					
disopiramida cápsulas (equiv. NORPACE)				<u>-</u>	2
sulfato de quinidina comprimidos				-	2
NORPACE CR CÁPSULAS				-	3
quinidina gluconato CR comprimidos				-	3
NORPACE CÁPSULAS				-	NC
PROCAINAMIDA INYECTABLE				-	NC
QUINIDINA SULFATO COMPRIMIDOS				-	NC
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-B					
nexiletina clorhidrato cápsulas				-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las cor	ncentracio	ones y formas de los productos enumerados en la li	ista de med	licamentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	Distribucion ilmitada De venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización* 9/11/2025

Nombre					Código especial	Nive
		ANTIARRÍTMICOS Cont.				
ANTIARRÍTMICOS TIPO I-C						
ecainida comprimidos (equiv. TAMBOCOR)					-	2
ropafenona comprimidos (equiv. RYTHMOL)					-	2
ropafenona ER cápsulas (equiv. RYTHMOL SR)					-	3
RYTHMOL SR CÁPSULAS					•	NC
ANTIARRÍTMICOS TIPO III						
miodarona comprimidos (equiv. CORDARONE)					-	2
ofetilida cápsulas (equiv. TIKOSYN)					-	3
IULTAQ COMPRIMIDOS					-	3
CORDARONE COMPRIMIDOS					-	NC
TKOSYN CÁPSULAS					-	NC
AI ANTIASMÁTICOS - ANTICUERPOS M		SMÁTICOS Y BRONCODILAT LONALES	ADOF	RES		
EZSPIRE INYECTABLE (QL= 1 pluma/28 días)					MSP-PA-QL	5
ASENRA PLUMA INYECTABLE					-	NC
IUCALA INYECTABLE					-	NC
OLAIR INYECTABLE					-	NC
OLAIR INYECTABLE 150 MG/ML					-	NC
OLAIR INYECTABLE 300 MG/2 ML					-	NC
OLAIR JERINGA					-	NC
OLAIR JERINGA 150 MG/ML					-	NC
OLAIR JERINGA 300 MG/2 ML					-	NC
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS						
romolina solución para nebulizar (equiv. INTAL)					-	NC
BRONCODILATADORES - ANTICOLIN	NÉRGIO	cos				
pratropio solución para nebulizar (equiv. ATROVE	NT)				-	2
TROVENT HFA INHALADOR	,				-	3
NCRUSE ELLIPTA INHALADOR					-	3
ONHALA MAGNAIR SOLUCIÓN					-	3
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR 1.25 mcg (QL= FLUTICASONA/SALMETEROL), BREO (FLUTICA SYMBICORT [BUDESONIDA/FORMOTEROL])		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•		QL-ST	3
SPIRIVA HANDIHALER (Para uso con el dispositiv	o Handih	naler)			PA	4
PIRIVA RESPIMAT INHALADOR 2.5 MCG/ACTU	JACIÓN				PA	4
otropio bromuro cápsulas para inhalador (equiv. S	SPIRIVA)	(Para uso con el dispositivo Handihaler)			PA	4
EEBRI NEOHALER CÁPSULAS					-	NC
UDORZA PRESSAIR INHALADOR					-	NC
UPELRI SOLUCIÓN					-	NC
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS	3					
nontelukast comprimidos masticables (equiv. SINC	GULAIR)				-	2
nontelukast comprimidos (equiv. SINGULAIR)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				-	2
nontelukast paquete granulado (equiv. SINGULAIF	₹)				-	3
afirlukast comprimidos (equiv. ACCOLATE)	,				-	3
YFLO COMPRIMIDOS					-	4
ACCOLATE COMPRIMIDOS					-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las c	oncentracio	ones y formas de los productos enumerados en la li	sta de me	dicamentos.		
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LET	RAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión EXC del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limita	ada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre		
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	QL SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo	RS ST	Restricción a esp Terapia escalona		
primeros 3 meses		·	01	i ciapia escaiolla	····	
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS				

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

PΑ

SF

VAC

Autorización previa

primeros 3 meses

Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

AGENTE	S ANTIA	SMÁTICOS Y BRONCODILATA	ADORES Cont.		
SINGULAIR COMPRIMIDOS MASTICABLES				-	NC
SINGULAIR PAQUETE GRANULADO				-	NC
SINGULAIR COMPRIMIDOS				-	NC
zileutón ER comprimidos (equiv. ZYFLO CR)				-	NC
ZYFLO CR COMPRIMIDOS				-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIEST	ERASA 3	Y 4 (PDE3 Y PDE4)			
OHTUVAYRE SUSPENSIÓN				-	NC
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA	FOSFOD	IESTERASA 4 (PDE4)			
roflumilast comprimidos (equiv. DALIRESP)		,		-	3
DALIRESP COMPRIMIDOS				-	NC
ESTEROIDES INHALADOS					
oudesonida suspensión para inhalar (equiv. PU	II MICORT)				2
ALVESCO INHALADOR	LIVIIOOITI			_	3
ARNUITY ELLIPTA INHALADOR				_	3
ASMANEX HFA INHALADOR				_	3
ASMANEX INHALADOR				_	3
QVAR REDIHALER				_	3
FLUTICASONA DISKUS INHALADOR				_	4
FLUTICASONA HFA INHALADOR				_	4
AEROSPAN INHALADOR				_	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 113 MCG/A	\CT			_	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 232 MCG/A				_	NC
ARMONAIR INHALADOR DIGITAL 55 MCG/A				_	NC
ELOVENT INHALADOR DISKUS	<i>3</i> i			_	NC
FLOVENT HFA INHALADOR				_	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POI	VO ACTIVA	DO POR RESPIRACIÓN 100 MCG/ACT		-	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POI				-	NC
FLUTICASONA FUROATO AEROSOL EN POI				-	NC
PULMICORT FLEXHALER		BOT ON NEOF INVIOLENCE MOCKAGE		-	NC
PULMICORT SUSPENSIÓN PARA INHALACIO	ÓΝ			-	NC
SIMPATOMIMÉTICOS					
albuterol HFA inhalador (equiv. PROAIR, PRO	/FNTIL) (QL	= 2 inhaladores/30 días)		QL	2
ılbuterol solución para nebulizar		a.a.a,		-	2
ALBUTEROL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR				-	2
albuterol sulfato jarabe				-	2
ılbuterol/ipratropio solución para nebulizar (equ	iv DUONEF	3)		-	2
LUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 1				-	2
LUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 2				-	2
LUTICASONA-SALMETEROL INHALADOR 5				-	2
/ENTOLIN HFA INHALADOR (QL= 2 inhalado				QL	2
ADVAIR HFA INHALADOR				-	3
Ilbuterol sulfato comprimidos				-	3
BREO ELLIPTA INHALADOR				-	3
BREO ELLIPTA INHALADOR 50-25 MCG/ACT				-	3
oudesonida/formoterol inhalador (equiv. SYMB)				-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas	,	ones y formas de los productos enumerados en la list	a de medicamentos.		
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas	MARCAS = LET	TRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD Distribución limit	ada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre		
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS Restricción a es	necialistas	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Límite de cantidad

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

SMKG

RS

ST

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

VAC

Programa de vacunación

	<u> </u>	11110
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y BRONCODILATADORES C	ont.	
COMBIVENT RESPIMAT INHALADOR	-	3
fluticasona/salmeterol inhalador, wixela inhalador (equiv. ADVAIR)	-	3
evalbuterol solución para nebulizar (equiv. XOPENEX)	-	3
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR (QL= 1 inhalador/30 días)	QL	3
erbutalina sulfato comprimidos (equiv. BRETHINE)	-	3
ARCAPTA NEOHALER	-	4
ormoterol fumarato solución para nebulizar (equiv. PERFOROMIST)	-	4
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR (QL= 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto con albuterol HFA)	a QL-ST	4
PERFOROMIST SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	4
ADVAIR INHALADOR DISKUS	-	NC
AIRDUO INHALADOR DE POLVO C/SENSOR	-	NC
AIRDUO RESPICLICK	_	NC
NRSUPRA INHALADOR	_	NC
ALBUTEROL HFA INHALADOR	_	NC
NORO ELLIPTA INHALADOR	-	NC
nformoterol tartrato solución para nebulizar (equiv. BROVANA)	-	NC
	-	NC
BEVESPI AEROSPHERE INHALADOR	-	
BREZTRI AEROSPHERE INHALADOR	-	NC
BROVANA SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
DUAKLIR INHALADOR	-	NC
ULERA INHALADOR	-	NC
LUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 100-25 MCG/ACT	-	NC
LUTICASONA-VILANTEROL INHALADOR 200-25 MCG/ACT	-	NC
PROAIR HFA INHALADOR, PROVENTIL HFA INHALADOR	-	NC
PROAIR RESPICLICK INHALADOR	-	NC
SEREVENT INHALADOR DISKUS	-	NC
STIOLTO INHALADOR	-	NC
SYMBICORT INHALADOR	-	NC
RELEGY ELLIPTA INHALADOR	-	NC
JTIBRON NEOHALER CÁPSULAS	-	NC
(OPENEX SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	-	NC
XANTINAS		
eofilina ER comprimidos (equiv. UNIPHYL)	-	2
eofilina solución	-	2
ELIXOPHYLLIN ELIXIR	-	3
EOFILINA COMPRIMIDOS ER	-	3
eofilina comprimidos ER (equiv. THEOPHYLLINE ER)	-	3
THEO-24 CÁPSULAS	-	4
ANTICOAGULANTES		
ANTICOAGULANTES CUMARÍNICOS		
varfarina comprimidos (equiv. COUMADIN)	-	2
COUMADIN COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ivaroxabán para suspensión (equiv. XARELTO)		2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCA.	S = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCA NC/3P = No cubierto, revisor externo	- FELLING INIV LOGOTIVA	
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribuc	ión limitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricci	ı libre ón a especialistas	
The Industrial Control of Control	poolanotao	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

Vombre	Código especial	Nive
ANTICOAGULANTES Cont.		-
ivaroxabán comprimidos 2.5 mg (equiv. XARELTO)	-	2
ELIQUIS COMPRIMIDOS, ELIQUIS PAQUETE DE INICIO	-	3
ARELTO PAQUETE DE INICIO	-	3
(ARELTO SUSPENSIÓN	-	3
(ARELTO COMPRIMIDOS	-	3
SAVAYSA COMPRIMIDOS	-	NC
HEPARINAS Y AGENTES TIPO HEPARINOIDES		
enoxaparina inyectable (equiv. LOVENOX)	-	3
ondaparinux inyectable (equiv. ARIXTRA)	-	3
ARIXTRA INYECTABLE	-	NC
RAGMIN INYECTABLE	-	NC
eparina porcina inyectable	-	NC
OVENOX INYECTABLE	-	NC
INHIBIDORES DE LA TROMBINA		
labigatrán etexilato mesilato cápsulas (equiv. PRADAXA)	•	3
PRADAXA CÁPSULAS	-	4
PRADAXA PAQUETE DE GRÁNULOS	-	NC
ANTICONVULSIVOS		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR AMPA DE GLUTAMATO		
YCOMPA COMPRIMIDOS	-	NC
YCOMPA SUSPENSIÓN	-	NC
perampanel comprimidos (equiv. FYCOMPA)	-	NC
ANTICONVULSIVOS - BENZODIAZEPINAS		
clonazepam comprimidos (equiv. KLONOPIN)	-	2
diazepam gel rectal (QL= 4 dosis/reposición)	QL	3
lonazepam ODT (equiv. KLONOPIN)	-	4
/ALTOCO SPRAY NASAL (QL= 5 dosis/reposición)	QL	4
lobazam suspensión (equiv. ONFI)	-	NC
clobazam comprimidos (equiv. ONFI)	-	NC
DIASTAT ACDL GEL	-	NC
DIASTAT GEL RECTAL, DIAZEPAM GEL RECTAL	-	NC
DIAZEPAM GEL	-	NC
KLONOPIN COMPRIMIDOS	-	NC
IBERVANT PELÍCULA	-	NC
NAYZILAM SPRAY	-	NC
DNFI SUSPENSIÓN	-	NC
ONFI COMPRIMIDOS	-	NC
SYMPAZAN PELÍCULA ORAL	-	NC
ANTICONVULSIVOS - MISC.		
arbamazepina comprimidos masticables (equiv. TEGRETOL)	-	2
arbamazepina suspensión (equiv. TEGRETOL)	-	2
carbamazepina comprimidos (equiv. TEGRETOL)	-	2
gabapentina cápsulas (equiv. NEURONTIN) (QL= 9 cápsulas/día)	QL	2
pabapentina comprimidos 600 mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 6 comprimidos/día)	QL	2
gabapentina comprimidos 800mg (equiv. NEURONTIN) (QL= 4.5 comprimidos/día)	QL	2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicame	entos.	

NC = No cubierto
NC/3P = No cubierto, revisor externo MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS genérico = letras minúsculas EXC INF Infertilidad LD Exclusión del plan Distribución limitada OTC Μ Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada De venta libre QL RS PA Límite de cantidad Restricción a especialistas Autorización previa Programa de vacunación **RxCENTS**

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nivel
ANTICONVULSIVOS Cont.		
lacosamida solución oral (equiv. VIMPAT)	-	2
lacosamida comprimidos (equiv. VIMPAT)	-	2
lamotrigina comprimidos masticables (equiv. LAMICTAL)	-	2
lamotrigina comprimidos (equiv. LAMICTAL)	-	2
levetiracetam ER comprimidos (equiv. KEPPRA XR)	-	2
levetiracetam solución (equiv. KEPPRA)	-	2
levetiracetam comprimidos (equiv. KEPPRA)	-	2
oxcarbazepina suspensión (equiv. TRILEPTAL)	-	2
oxcarbazepina comprimidos (equiv. TRILEPTAL)	-	2
pregabalina cápsulas (equiv. LYRICA) (QL= 3 cápsulas/día)	QL	2
pregabalina cápsulas 225 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2
pregabalina cápsulas 300 mg (equiv. LYRICA) (QL= 2 cápsulas/día)	QL	2
primidona comprimidos (equiv. MYSOLINE)	-	2
topiramato cápsulas dispersables (equiv. TOPAMAX)	-	2
topiramato comprimidos (equiv. TOPAMAX)	-	2
zonisamida cápsulas (equiv. ZONEGRAN)	-	2
carbamazepina ER cápsulas (equiv. CARBATROL)	-	3
carbamazepina ER comprimidos (equiv. TEGRETOL XR)	-	3
gabapentina solución (equiv. NEURONTIN) (QL= 72 ml/día)	QL	3
POTIGA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	QL	3
POTIGA COMPRIMIDOS 50 MG (QL= 9 comprimidos/día)	QL	3
pregabalina solución (equiv. LYRICA) (QL= 30ml/día)	QL	3
rufinamida suspensión (equiv. BANZEL)	PA	3
rufinamida comprimidos (equiv. BANZEL)	PA	3
EPRONTIA SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
LAMICTAL ODT KIT, LAMICTAL XR KIT	-	4
lamotrigina ER comprimidos (EQUIV. LAMICTAL XR)	-	4
lamotrigina kit de inicio (equiv. LAMICTAL KIT DE INICIO)	-	4
topiramato solución oral (equiv. EPRONTIA) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
ZONISADE SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
EPIDIOLEX SOLUCIÓN (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
ZTALMY SUSPENSIÓN (QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5
APTIOM COMPRIMIDOS	-	NC
BANZEL SUSPENSIÓN	-	NC
BANZEL COMPRIMIDOS	-	NC
BRIVIACT INYECTABLE 50 MG/5 ML	-	NC
BRIVIACT SOLUCIÓN 10 MG/ML	-	NC
BRIVIACT COMPRIMIDOS	-	NC
CARBAMAZEPINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
CARBATROL CÁPSULAS	-	NC
DIACOMIT CÁPSULAS	-	NC
DIACOMIT POLVO EN PAQUETE	-	NC
ELEPSIA XR COMPRIMIDOS	-	NC
eslicarbazepina acetato comprimidos (equiv. APTIOM)	-	NC
FINTEPLA SOLUCIÓN	-	NC
GABARONE COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Ollilla actualizacion 3/11/202		Nlive
Nombre		<u>Código especial</u>	Nive
	ANTICONVULSIVOS C	ont.	
EPPRA SOLUCIÓN		-	NC
EPPRA COMPRIMIDOS		-	NC
EPPRA XR COMPRIMIDOS AMICTAL COMPRIMIDOS MASTICABLES		<u>.</u>	NC NC
AMICTAL ODT AMICTAL KIT DE INICIO		·	NC NC
AMICTAL COMPRIMIDOS		-	NC
AMICTAL COMPRIMIDOS AMICTAL XR COMPRIMIDOS		-	NC
amotrigina ODT (equiv. LAMICTAL)		-	NC
ımotrigina ODT kit (equiv. LAMICTAL)		-	NC
EVETIRACETAM ODT, SPRITAM ODT			NC
YRICA CÁPSULAS		•	NC
YRICA CÁPSULAS 225 MG		-	NC
YRICA CÁPSULAS 300 MG		-	NC
YRICA SOLUCIÓN IOTPOLY XR CÁPSULAS		<u> </u>	NC NC
		-	
IYSOLINE COMPRIMIDOS		•	NC
EURONTIN CÁPSULAS		-	NC
EURONTIN SOLUCIÓN EURONTIN COMPRIMIDOS 600 MG		<u>.</u>	NC NC
EURONTIN COMPRIMIDOS 800 MG			NC
carbazepina er comprimidos (equiv. OXTELLAR)		-	NC
XTELLAR XR COMPRIMIDOS		_	NC
RIMIDONA COMPRIMIDOS		-	NC
UDEXY XR CÁPSULAS		-	NC
PRITAM COMPRIMIDOS		-	NC
EGRETOL SUSPENSIÓN		-	NC
EGRETOL COMPRIMIDOS		-	NC
EGRETOL XR COMPRIMIDOS		-	NC
OPAMAX CÁPSULAS DISPERSABLES		-	NC
OPAMAX COMPRIMIDOS		-	NC
ppiramato ER cápsulas (equiv. QUDEXY)		-	NC
ppiramato cápsulas ER (equiv. TROKENDI XR)		-	NC
RILEPTAL SUSPENSIÓN		-	NC
RILEPTAL COMPRIMIDOS ROKENDI XR CÁPSULAS		-	NC
		•	NC
IMPAT SOLUCIÓN		-	NC
IMPAT COMPRIMIDOS		• •	NC
ONEGRAN CÁPSULAS		-	NC
CARBAMATOS			0
Ilbamato suspensión (equiv. FELBATOL)		•	3
elbamato comprimidos (equiv. FELBATOL)		·	3
ELBATOL COMPRIMIDOS		•	NC
ELBATOL COMPRIMIDOS COPRI PAK 100-150 MG		<u>-</u>	NC NC
COPRI PAK 100-150 MG COPRI PAK 150-200 MG		- -	NC
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las conce	ntraciones y formas de los productos enumerado:		INC
San San que se indique le contraite, se cubien touas las concel	macionos y formas de los productos enumerados	o on to note de medicamentos.	
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan IN	F Infertilidad	LD Distribución limitada	

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

	Oitillia actualizacion 9/11/2029	
Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nivel</u>
	ANTICONVULSIVOS Cont.	
XCOPRI PAK 50-200 MG		NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 150 MG, 200 MG	•	NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 25 MG	-	NC
XCOPRI COMPRIMIDOS 50 MG, 100 MG	•	NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 12.5-25 MG		NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 150-200 MG	•	NC
XCOPRI PAQUETE DE TITULACIÓN 50-100 MG	•	NC
MODULADORES DEL GABA		
tiagabina comprimidos (equiv. GABITRIL)	-	3
GABITRIL COMPRIMIDOS	•	NC
SABRIL POLVO EN PAQUETE	•	NC
SABRIL COMPRIMIDOS	•	NC
vigabatrina polvo en paquete (equiv. SABRIL POLVO)	<u>•</u>	NC
vigabatrina comprimidos (equiv. SABRIL)	<u>-</u>	NC
vigadrone polvo en paquete	<u>•</u>	NC
VIGAFYDE SOLUCIÓN	-	NC
HIDANTOÍNAS		
enitoína cápsulas (equiv. DILANTIN)	-	2
enitoína suspensión (equiv. DILANTIN)	•	2
DILANTIN CÁPSULAS 30 MG	•	3
PEGANONE COMPRIMIDOS	-	3
fenitoína comprimidos masticables (equiv. DILANTIN)	-	3
DILANTIN CÁPSULAS 100 MG	•	NC
DILANTIN INFATABS	-	NC
DILANTIN SUSPENSIÓN	•	NC
SUCCINIMIDAS		
etosuximida solución (equiv. ZARONTIN)	-	2
etosuximida cápsulas (equiv. ZARONTIN)	•	3
metosuximida cápsulas (equiv. CELONTIN)	•	3
CELONTIN CÁPSULAS		4
ZARONTIN CÁPSULAS	•	NC
ZARONTIN SOLUCIÓN	•	NC
ÁCIDO VALPROICO		
divalproex ER comprimidos (equiv. DEPAKOTE ER)	-	2
divalproex sódico DR comprimidos (equiv. DEPAKOTE)	-	2
divalproex cápsulas dispersables (equiv. DEPAKOTE)	•	2
ácido valproico cápsulas (equiv. DEPAKENE)	•	2
ácido valproico jarabe (equiv. DEPAKENE)	•	2
DEPACON INYECTABLE	•	NC
DEPAKENE CÁPSULAS	-	NC
DEPAKENE JARABE	•	NC
DEPAKOTE ER COMPRIMIDOS	-	NC
DEPAKOTE CÁPSULAS DISPERSABLES	•	NC
DEPAKOTE COMPRIMIDOS	-	NC
STAVZOR CÁPSULAS	•	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentr	raciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.	

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTICONVULSIVOS Cont.		
valproato inyectable (equiv. DEPACON)	-	NC
ANTIDEPRESIVOS		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA-2 (TETRACÍCLICOS)		
mirtazapina ODT (equiv. REMERON)	-	2
mirtazapina comprimidos (equiv. REMERON)	-	2
REMERON SOLUTAB	-	NC
REMERON COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS		
AUVELITY COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIDEPRESIVOS - MISC.		
bupropión ER comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2
bupropión comprimidos (equiv. WELLBUTRIN)	-	2
bupropión XL comprimidos (equiv. WELLBUTRIN XL)	-	2
MAPROTILINA COMPRIMIDOS	-	2
APLENZIN COMPRIMIDOS	-	NC
FORFIVO XL COMPRIMIDO	-	NC
WELLBUTRIN SR COMPRIMIDOS	-	NC
WELLBUTRIN XL COMPRIMIDOS	-	NC
MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - ESTEROIDES NEUROACTIVOS		
ZURZUVAE CÁPSULAS 20 MG, 25 MG	-	NC
ZURZUVAE CÁPSULAS 30 MG	-	NC
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
FENELZINA SULFATO COMPRIMIDOS	-	2
fenelzina comprimidos (equiv. NARDIL)	-	2
tranilcipromina comprimidos (equiv. PARNATE)	-	3
EMSAM PARCHES	-	4
NARDIL COMPRIMIDOS 15 MG	-	4
MARPLAN COMPRIMIDOS	-	NC
PARNATE COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA		
citalopram solución (equiv. CELEXA)	-	2
citalopram comprimidos (equiv. CELEXA)	-	2
escitalopram comprimidos (equiv. LEXAPRO)	-	2
fluoxetina cápsulas (equiv. PROZAC)	-	2
fluoxetina solución (equiv. PROZAC)	-	2
fluoxetina comprimidos (equiv. PROZAC)	-	2
fluvoxamina comprimidos (equiv. LUVOX)	-	2
paroxetina comprimidos (equiv. PAXIL)	-	2
sertralina concentrada (equiv. ZOLOFT)	-	2
sertralina comprimidos (equiv. ZOLOFT)	-	2
escitalopram solución (equiv. LEXAPRO)	-	3
fluvoxamina ER cápsulas (equiv. LUVOX CR) (La terapia escalonada requiere la prueba de citalopram, escitalopram,	ST	3
sertralina, fluoxetina, fluvoxamina o paroxetina)		0
paroxetina ER comprimidos (equiv. PAXIL CR)	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
ANTIDEPRESIVOS Cont.		
FLUOXETINA COMPRIMIDOS	-	4
PAROXETINA SUSPENSIÓN	-	4
PAXIL SUSPENSIÓN ORAL	-	4
CELEXA COMPRIMIDOS	-	NC
CITALOPRAM CÁPSULAS	-	NC
fluoxetina cápsulas semanales (equiv. PROZAC)	-	NC
LEXAPRO COMPRIMIDOS	-	NC
PAXIL CR COMPRIMIDOS	-	NC
PAXIL COMPRIMIDOS	-	NC
PEXEVA COMPRIMIDOS	-	NC
PROZAC CÁPSULAS	-	NC
PROZAC CÁPSULAS SEMANALES	-	NC
SERTRALINA CÁPSULAS	-	NC
sertralina clorhidrato cápsulas	-	NC
ZOLOFT CONCENTRADO	-	NC
ZOLOFT COMPRIMIDOS	-	NC
MODULADORES DE LA SEROTONINA		
trazodona comprimidos (equiv. DESYREL)	-	2
vilazodona clorhidrato comprimidos (equiv. VIIBRYD)	-	3
NEFAZODONA COMPRIMIDOS	-	4
TRINTELLIX COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL-¢	4
RALDESY SOLUCIÓN	- -	NC
	.	NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL)	-	NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO	- - A	
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN	- - A	
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ)		NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA)		NC 2
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR)		NC 2 2
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA)		NC 2 2 2 2
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR)		NC 2 2 2 2 2 2
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS		2 2 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS		NC 2 2 2 2 NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA)		NC 2 2 2 2 NC NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS		NC 2 2 2 2 NC NC NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS		NC 2 2 2 2 NC NC NC NC NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS		NC 2 2 2 2 NC NC NC NC NC NC NC NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS		NC 2 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS		NC 2 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS		NC 2 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS		NC 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS AGENTES TRICÍCLICOS amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL)		NC 2 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS AGENTES TRICÍCLICOS amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL) amoxapina comprimidos (equiv. AMOXAPINA)		NC 2 2 2 NC
trazodona comprimidos 300 mg (equiv. DESYREL) VIIBRYD KIT DE INICIO INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRIN desvenlafaxina ER comprimidos (equiv. PRISTIQ) duloxetina EC cápsulas (equiv. CYMBALTA) venlafaxina ER cápsulas (equiv. EFFEXOR XR) venlafaxina comprimidos (equiv. EFFEXOR) CYMBALTA CÁPSULAS DESVENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS DRIZALMA DR CÁPSULAS duloxetina cápsulas 40 mg (equiv. IRENKA) EFFEXOR XR CÁPSULAS FETZIMA CÁPSULAS FETZIMA BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADAS PRISTIQ COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA ER COMPRIMIDOS VENLAFAXINA COMPRIMIDOS AGENTES TRICÍCLICOS amitriptilina comprimidos (equiv. ELAVIL)		NC 2 2 2 NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

ANTIDEPRESIVOS Cont. ANTIDEPRESIVOS Cont. ANTIDEPRESIVOS Cont. ANTIDEPRESIVOS Cont. ANTIDEPRESIVOS Cont.	Nive
nortripillina solución oral (equiv. NORTRIPTILINA) desipramina comprimidos (equiv. NORPRAMIN) clombiramina cápsulas (equiv. ANAFRAMIL) clombiramina pamoato cápsulas (equiv. TOFRANIL PM) protripillina comprimidos (equiv. SURMONTIL) clombiramina pamoato cápsulas (equiv. SURMONTIL) clombiramina comprimidos (equiv. METAGLIP) clombiramina comprimidos (equiv. METAGLIP) clombiramina comprimidos (equiv. METAGLIP) climbiramina comprimidos (equiv. METAGLIP) climbiramina comprimidos (equiv. METAGLIP) climbiramina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) climbiramina comprimi	
notripilina solución oral (equiv. NORTRIPTILINA) desipramina comprimidos (equiv. NORPRAMIN) clomipramina cápsulas (equiv. NORPRAMIN) clomipramina pamoato cápsulas (equiv. TOFRANIL PM) protripilina comprimidos (equiv. VIVACTIL) trimipramina cápsulas (equiv. VIVACTIL) trimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) clomipramina comprimidos clomipramina comprimidos (equiv. MIGLITOL) compramidos (equiv. MIGLITOL) compramidos (equiv. MIGLITOL) compramina comprimidos (equiv. MIGLITOL) compramina comprimidos (equiv. METAGLIP) clomipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) clomipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) clipida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP) clipida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP) clipida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) clipida/metformina comprim	2
desipramina comprimidos (equiv. NORPRAMIN) -lomipramina pamoato cápsulas (equiv. ANAFRANIL PM) -contripiliran campamoato cápsulas (equiv. TORRANIL PM) -contripiliran campamoato cápsulas (equiv. VIVACTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. SULAS -crimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -crimipramina cápsulas (equiv. PRECOSE) -crimipramina cápsulas (equiv. MIGLITOL) -crimipramina camprimidos (equiv	2
Somipramina cápsulas (equiv. ANAFRANIL)	3
intripramina cápsulas (equiv. VIVACTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. MICAPSULAS - (imipramina cápsulas) - (imipramina cópsulas) - (imipramina comprimidos (equiv. PRECOSE) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) - (imipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) - (imipramina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) - (imipramina comprimina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) - (imipramina comprimina comp	4
intripramina cápsulas (equiv. VIVACTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) - (imipramina cápsulas (equiv. MICAPSULAS - (imipramina cápsulas) - (imipramina cópsulas) - (imipramina comprimidos (equiv. PRECOSE) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. MICALTOL) - (imipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) - (imipramina comprimidos (equiv. METAGLIP) - (imipramina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) - (imipramina comprimina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) - (imipramina comprimina comp	4
Imbipramina cápsulas (equiv. SURMONTIL) -	4
ANAFRANIL CÁPSULAS ORPRAMIN COMPRIMIDOS -AMELOR CÁPSULAS SURMONTIL CÁPSULAS SURMONTIL CÁPSULAS ORTOFRANIL COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA BEARDOS SURMONTILOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA BEARDOS SURMONTILOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA BEARDOS SURMONTILOS BEARDOS SURMONTILOS BEARDOS SURMONTILOS BEARDOS SURMONTILOS BEARDOS SURMONTIDIOS COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SURJURPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SURJURPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SURJURPEN INYECTABLE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día) CUL JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL SOLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) PA-QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) CUL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) CUL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-5-1000 MG, 12-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) CUL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) CUL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-2-25-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) CUL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CUL	4
ANTIDIABÉTICOS ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA IMIGLITOL COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDA	NC
PAMELOR CÁPSULAS SURMONTIL CAPSULAS SURMONTIL CAPSULAS ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA ACARDOS COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA ACARDOS COMPRIMIDOS ACARDOS COMPRIMIDOS ACARDOS COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SIBIDIAGIA (netformina comprimidos (equiv. METAGLIP) - SILYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día) JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) JENTADUETO X COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL SYNJARDY X R COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL KIGDUO X R COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO X R COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO X R COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL KIGDUO X C COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día)	NC
ANTIDIABÉTICOS INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA acarbosa comprimidos (equiv. PRECOSE) MIGLITOL COMPRIMIDOS acarbosa comprimidos (equiv. MECLITOL) PRECOSE COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS ANTIDIABÉTICOS MIGLITOL COMPRIMIDOS acarbosa comprimidos (equiv. MIGLITOL) acarbosa comprimidos (equiv. MIGLITOL) acarbosa comprimidos (equiv. MIGLITOL) by ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS JIDIDIZIAI (EQUIV. METAGLIP) acarbosa comprimidos (equiv. METAGLIP) acarbosa comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) BLYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) acarbosa comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) CALIANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) acarbosa comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) BLANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) acarbosa comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) BLANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CALIANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) CALIA	NC
INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSE) INHIBIDORES ANTIDIASE INHIBIDO	NC
INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA carabosa comprimidos (equiv. PRECOSE) carabosa comprimidos (equiv. MIGLITOL) carabosa compr	NC
INHIBIDORES DE ALFA GLUCOSIDASA carabosa comprimidos (equiv. PRECOSE) carabosa comprimidos (equiv. PRECOSE) carabosa comprimidos (equiv. MIGLITOL) carabosa compri	
MIGLITOL COMPRIMIDOS - miglitol comprimidos (equiv. MIGLITOL) - PRECOSE COMPRIMIDOS - ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE - COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP) - gliburida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE) - GLYXAMBI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día) QL JANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL JENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL SOLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) PA-QL GYNJARDY COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS (DL= 2 comprimidos/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5000 MG, 12.5-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-51000 MG, 12.5-2-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (0-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL	
rigilitol comprimidos (equiv. MIGLITOL) PRECOSE COMPRIMIDOS ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SIJUIPIZAMENTO COMPRIMIDOS (equiv. METAGLIP) - SIJUIPIZAMENTO COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/día) LANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) LANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) LENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) LENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) LENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) SYNJARDY XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) LENJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día)	2
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS SIJIPIZIDIA (SECULIA COMPRIMIDOS (ACULIA COMPRIMIDOS (ACU	4
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS Jipipida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	4
SYMLINPEN INYECTABLE COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	NC
COMBINACIONES ANTIDIABÉTICAS glipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	
Inipizida/metformina comprimidos (equiv. METAGLIP)	NC
Iliburida/metformina comprimidos (equiv. GLUCOVANCE)	
Companies Comp	2
ANUMET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) ANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) BENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COLIQUA INYECTABLE (QL= 2 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 2 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) COLIQUA INYECTABLE (QL= 15 ml/25 días) COLIQUA INYECTABLE (Q	2
ANUMET XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL	3
JENTADUETO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	3
IENTADUETO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	3
PA-QL	3
SYNJARDY COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimidos/día) QL FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL	3
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG, 25-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimidos/día) QL TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimidos/día) QL	3
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-1000 MG, 12.5-1000 MG (QL = 2 comprimidos/día) QL FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimidos/día) QL FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL = 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL = 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL = 1 comprimidos/día) QL	3
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimido/día) QL	3
FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (QL = 1 comprimido/día) QL FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL	3
FRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día) QL KIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL	3
CIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL	3
(IGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG (QL= 1 comprimido/día) QL	3
	3
ACDOO ALA COMERAMEDOO 2.3-1000 HIQ, 3-1000 HIQ (QLT 2 COMPHINICO)/UIA) QL	3
(IGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 mg (QL= 1 comprimido/día)	3
(ULTOPHY INYECTABLE (QL= 15ml/30 días) PA-QL	3
CTOPLUS MET COMPRIMIDOS -	NC
LOGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS, KAZANO COMPRIMIDOS -	NC
ALOGLIPTINA/PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS, OSENI COMPRIMIDOS -	NC
ALOGLIPTINA-METFORMINA COMPRIMIDOS -	NC
ALOGLIPTINA-PIOGLITAZONA COMPRIMIDOS -	NC
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 10-1000 MG	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.	110

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	<u>Nive</u>
	ANTIDIABÉTICOS Cont.		
DAPAGLIFLOZINA PROP-METFORMINA HCL 5-1000 MG		-	NC
DUETACT COMPRIMIDOS		-	NC
NVOKAMET COMPRIMIDOS		-	NC
NVOKAMET XR COMPRIMIDOS		-	NC
COMBIGLYZE XR COMPRIMIDOS		-	NC
oioglitazona/glimepirida comprimidos (equiv. DUETACT)		-	NC
oioglitazona/metformina comprimidos (equiv. ACTOPLUS MET)		-	NC
PRANDIMET COMPRIMIDOS		-	NC
QTERN COMPRIMIDOS		-	NC
axagliptina-metformina clorhidrato comprimidos liberación prolongada 24 horas equiv. KOMBIGLYZE)		-	NC
SEGLUROMET COMPRIMIDOS		-	NC
SITAGLIPTINA/METFORMINA COMPRIMIDOS		-	NC
STEGLUJAN COMPRIMIDOS		-	NC
ZITUVIMET XR COMPRIMIDOS		-	NC
BIGUANIDAS			
netformina ER comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE XR)		-	2
netformina comprimidos (equiv. GLUCOPHAGE)		-	2
netformina solución (equiv. RIOMET)		-	4
GLUCOPHAGE COMPRIMIDOS		-	NC
GLUCOPHAGE XR COMPRIMIDOS		-	NC
netformina ER comprimidos osmóticos (equiv. FORTAMET)		-	NC
METFORMINA COMPRIMIDOS		-	NC
RIOMET SOLUCIÓN		-	NC
OTROS DIABÉTICOS			
BAQSIMI POLVO NASAL (QL= 2 inhalaciones/reposición)		QL	3
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
glucagón (ADNr) para kit de inyección (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
GVOKE INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
GVOKE KIT DE INYECCIÓN (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
GVOKE PFS INYECTABLE (QL= 2 iny./reposición)		QL	3
liazóxido suspensión (equiv. PROGLYCEM)		-	4
nifepristona comprimidos (equiv. KORLYM) (QL= 4 comprimidos/día)		MSP-PA-QL	5
(ORLYM COMPRIMIDOS		-	NC
PROGLYCEM SUSPENSIÓN		-	NC
ZEGALOGUE INYECTABLE		-	NC
INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)			
IANUVIA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		QL-¢	3
FRADJENTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		QL	3
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS		-	NC
ALOGLIPTINA COMPRIMIDOS, NESINA COMPRIMIDOS		-	NC
BRYNOVIN SOLUCIÓN		-	NC
DNGLYZA COMPRIMIDOS		-	NC
saxagliptina hcl comprimidos (equiv. ONGLYZA)		-	NC

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
ZITUVIO COMPRIMIDOS	-	NC
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA DOPAMINA - ANTIDIABÉTICOS		
CYCLOSET COMPRIMIDOS	-	4
AGENTES MIMÉTICOS DE INCRETINAS		
iraglutida solución en pluma inyectora (equiv. VICTOZA) (QL= 9 ml/30 días)	PA-QL	3
MOUNJARO INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días)	PA-QL	3
OZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
TRULICITY INY. (QL= 4 plumas/28 días)	PA-QL	3
VICTOZA INYECTABLE (QL= 9ml/30 días)	PA-QL	3
AGENTES MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1)		
DZEMPIC INY. (QL= 1 paquete/28 días)	PA-QL	3
RYBELSUS COMPRIMIDOS (QL=1 comprimido/día)	PA-QL	3
BYDUREON BCISE AUTOINY.	-	NC
BYDUREON INYECTABLE (QL= 4 iny./28 días; restringido al diagnóstico – diabetes Tipo 2 "[E11])	-	NC
BYDUREON PLUMA INYECTABLE	-	NC
EXENATIDE INYECTABLE (EQUIV. BYETTA INYECTABLE)	-	NC
TANZEUM INYECTABLE	-	NC
INSULINA		
NSULINA LISPRO INYECTABLE (equiv. HUMALOG)	-	2
HUMALOG JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3
HUMALOG KWIKPEN INYECTABLE	-	3
HUMALOG MIX INYECTABLE	-	3
HUMALOG MIX KWIKPEN, INSULINA LISPRO MIX KWIKPEN	-	3
HUMALOG PLUMA INYECTABLE	-	3
HUMALOG TEMPO PLUMA	-	3
HUMULIN MIX INYECTABLE	отс	3
HUMULIN MIX PLUMA INYECTABLE	ОТС	3
HUMULIN N INYECTABLE	отс	3
HUMULIN N PLUMA INYECTABLE	ОТС	3
HUMULIN R INYECTABLE	ОТС	3
HUMULIN R INYECTABLE U-500	-	3
HUMULIN R U-500 KWIKPEN INYECTABLE	-	3
NSULINA GLARGINA INYECTABLE	-	3
NSULINA LISPRO JR KWIKPEN INYECTABLE	-	3
NSULINA LISPRO KWIKPEN INYECTABLE	-	3
ANTUS INYECTABLE	-	3
ANTUS SOLOSTAR INYECTABLE	-	3
EVEMIR FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3
EVEMIR INYECTABLE	-	3
LYUMJEV INYECTABLE	-	3
LYUMJEV KWIKPEN INYECTABLE	-	3
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	3
TOUJEO MAX SOLOSTAR INY.	-	3
TOUJEO SOLOSTAR INYECTABLE	-	3
TRESIBA FLEXTOUCH INYECTABLE	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTIDIABÉTICOS Cont.		
TRESIBA INYECTABLE	-	3
ADMELOG INYECTABLE, HUMALOG INYECTABLE	-	NC
ADMELOG SOLOSTAR, HUMALOG TEMPO PLUMA	-	NC
APIDRA INYECTABLE	-	NC
APIDRA SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC
BASAGLAR KWIKPEN	-	NC
DEGLUDEC FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC
DEGLUDEC INYECTABLE	-	NC
FIASP FLEXTOUCH INYECTABLE	-	NC
FIASP INYECTABLE	-	NC
FIASP PENFILL INYECTABLE, FIASP CARTUCHO PARA BOMBA	-	NC
NSULINA ASPÁRTICA FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA MIX FLEXPEN INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA MIX INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA ASPÁRTICA PENFILL INYECTABLE (equiv. NOVOLOG)	-	NC
INSULINA GLARGINA-YFGN (PLUMA ÚNICA)	<u>-</u>	NC
KIRSTY INYECTABLE	-	NC
LYUMJEV TEMPO PLUMA	-	NC
MERILOG INYECTABLE	-	NC
MERILOG SOLOSTAR INYECTABLE	-	NC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION INYECTABLE	ОТС	NC
NOVOLIN 70/30 INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN 70/30 RELION INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN N RELION 100 UNIDADES/ML	OTC	NC
NOVOLIN R FLEXPEN INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN R INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLIN R RELION INYECTABLE	OTC	NC
NOVOLOG FLEXPEN INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG FLEXPEN RELION INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG MIX FLEXPEN INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG MIX INYECTABLE	-	NC
NOVOLOG PENFILL INYECTABLE	-	NC
REZVOGLAR INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE INYECTABLE (PLUMA ÚNICA)	-	NC
SEMGLEE INVECTABLE, INSULINA GLARGINA-YFGN INVECTABLE	-	NC
SEMGLEE PLUMA INYECTABLE	-	NC
SEMGLEE PLUMA, INSULINA GLARGINA-YFGN PLUMA	-	NC
SEMGLEE SOLUCIÓN	-	NC
AGENTES SENSIBILIZADORES DE INSULINA		-
pioglitazona comprimidos (equiv. ACTOS)		2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre			Ollima actualizacion 9/11/2025		Código espe	ecial Nive
			ANTIDIABÉTICOS Co	nt.		<u> </u>
ACTOS COMP	RIMIDOS				-	NC
ANÁLOGO	S DE MEGLITINIDA					
epaglinida com	nprimidos (equiv. PRANDIN)				-	2
nateglinida com	nprimidos (equiv. STARLIX)				-	NC
-		DOR S	ODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SG	LT2)		
ARXIGA COM	IPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día	a)	·	,	QL	3
	OMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido	•			QL	3
	INA COMPRIMIDOS	,			-	NC
APAGLIFLOZ	INA PROPRANEDIOL COMPRIMI	IDO 10 M	G		-	NC
APAGLIFLOZ	INA PROPRANEDIOL COMPRIMI	IDOS 5 M	G		-	NC
NVOKANA CO	MPRIMIDOS				-	NC
STEGLATRO C	COMPRIMIDOS				-	NC
SULFONIL	UREAS					
	nprimidos (equiv. AMARYL)				-	2
	mprimidos (equiv. GLUCOTROL XI	1)			-	2
•	imidos (equiv. GLUCOTROL)	_,			-	2
	CR COMPRIMIDOS				-	2
	rimidos (equiv. MICRONASE)				-	2
MARYL COM					-	NC
	COMPRIMIDOS				-	NC
SLIPIZIDA COI					-	NC
	COMPRIMIDOS				-	NC
	KL COMPRIMIDOS				<u>-</u>	NC
SLYNASE COM					-	NC
	COMPRIMIDOS				<u>-</u>	NC
OLBUTAMIDE	COMPRIMIDOS				-	NC
		AGE	NTES ANTIDIARREICOS/I	PROBIO	TICOS	
AGENTES	ANTIPERISTÁLTICOS					
	O/ATROPINA LÍQUIDO					4
	solución (equiv. LOPERAMIDA)				OTC	NC
operannua ner	solution (equiv. Let Livaling)		ANTIDIARREICOS		010	110
	REICOS - ANTAGONISTAS	DEL C	ANAL DE CLORURO			
MYTESI COMP					-	NC
AGENTES	ANTIDIARREICOS - MISC.	ı				
REZYST COMP	PRIMIDOS MASTICABLES				-	NC
/SL #3 CÁPSU	LAS				-	NC
COMBINAC	CIONES ANTIDIARREICAS	;				
VIVO LÍQUIDO)				-	NC
AGENTES	ANTIPERISTÁLTICOS					
	opina comprimidos (equiv. LOMOT	II)			_	2
MOTOFEN CO		,				4
pio tintura	VIII TAIWIIDGG				-	4
OMOTIL COM	IPRIMIDOS				-	NC
peramida cáp					-	NC
		concentraci	ones y formas de los productos enumerados e	n la lista de m	edicamentos.	
NC =	No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3I	P = No cubierto, revisor externo	INE	-	10		
	sión del plan ïcio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	LD oTC	Distribución limitada De venta libre	
PA Autori	zación previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
	do a dos reposiciones de 15 días por los ros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
nrime						

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Oitima actualización 9/11/2025		Código especial	Niv
Tombie	ANTIDIARREICOS Con	•	<u>coulgo especial</u>	1414
PAREGÓRICO TINTURA	ANTIDIARREICOS COII	ι.	_	NC
ANEGONICO TINTONA	ANTIDOTOS		-	NO
ANTÍDOTOS	ANTIBOTOS			
/ISTOGARD PAK			-	NC
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANT	ES			
CHEMET CÁPSULAS			-	3
FERRIPROX SOLUCIÓN (Únicamente disponibl	le a través de Ferriprox Total Care 866-758-7071)	LD-PA	5
ANTAGONISTAS OPIOIDES				
naloxona inyectable			-	2
naltrexona comprimidos (equiv. REVIA)			-	2
VIVITROL INYECTABLE			MSP	5
EVZIO INYECTABLE			-	NC
A	ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS E	SPECÍFIC	cos	
ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANT	ES			
deferiprona comprimidos (equiv. FERRIPROX) (Únican			LD-PA	2
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (Únicamente d	,		LD-PA	5
7071)				
deferasirox paquete de gránulos (equiv. JADENU)			-	NC
deferasirox comprimidos (equiv. JADENU)			-	NC
deferasirox comprimidos para suspensión oral (equiv. E	EXJADE)		-	NC
EXJADE COMPRIMIDOS	= 1		-	NC
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG (DOS VECES	AL DIA)		-	NC
FERRIPROX COMPRIMIDOS 500 MG			-	NC
JADENU DISPERSABLE			-	NC
JADENU COMPRIMIDOS 180 MG			-	NC
JADENU COMPRIMIDOS 90 MG, 360 MG			-	NC
ANTÍDOTOS Y ANTAGONISTAS ES	PECIFICOS			
CETYLEV COMPRIMIDOS ANTAGONISTAS OPIOIDES			-	NC
naloxona hcl spray nasal (equiv. NARCAN)			OTC	2
naloxona inyectable precargado			-	2
NARCAN SPRAY NASAL			OTC	2
RIVIVE, REXTOVY SPRAY			OTC	2
KLOXXADO SPRAY NASAL			-	3
NALOXONA PRECARGADO INY. (QL= 2 iny./re	eposición)		QL	3
OPVEE SPRAY NASAL			-	3
ZIMHI SOLUCIÓN			-	3
EVZIO INYECTABLE			-	NC
	ANTIEMÉTICOS			
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5	5-HT3			
granisetrón comprimidos (equiv. KYTRIL) (QL=	14 comprimidos/reposición)		QL	2
ondansetrón ODT (equiv. ZOFRAN)	·		<u>-</u>	2
ondansetrón solución (equiv. ZOFRAN)			-	2
ondansetrón comprimidos (equiv. ZOFRAN)			-	2
ANZEMET COMPRIMIDOS (QL= 9 comprimidos	s/reposición)		QL	4
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas la	s concentraciones y formas de los productos enumerados en	la lista de medi	icamentos.	
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad		Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	Distribución irmitada De venta libre	
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primer	QL Límite de cantidad		Restricción a especialistas	
meses	·	31	Terapia escalonada	
VAC Programa de vacunación	¢ RxCENTS			

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTIEMÉTICOS Cont.	Oddigo especial	14144
GRANISOL SOLUCIÓN (QL= 60ml/reposición)	QL	4
SANCUSO PARCHES (QL= 4 parches/reposición)	QL	4
KYTRIL COMPRIMIDOS	- -	NC
ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS	_	NC
ONDANSETRON COMPRIMIDOS ONDANSETRÓN COMPRIMIDOS ODT	-	NC
SUSTOL INYECTABLE	_	NC
ZOFRAN ODT	-	NC
	-	NC
ZOFRAN SOLUCIÓN	-	NC
ZOFRAN COMPRIMIDOS	-	
ZUPLENZ SL PELÍCULA	-	NC
ANTIEMÉTICOS - ANTICOLINÉRGICOS		
neclizina comprimidos masticables (equiv. BONINE)	OTC	2
meclizina comprimidos (equiv. ANTIVERT)	OTC	2
rimetobenzamida cápsulas (equiv. TIGAN)	-	2
escopolamina parches (equiv. TRANSDERM-SCOP)	-	3
ANTIVERT COMPRIMIDOS, MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC
meclizina hcl comprimidos (equiv. ANTIVERT)	-	NC
MECLIZINA COMPRIMIDOS	-	NC
TIGAN CÁPSULAS	-	NC
TRANSDERM-SCOP PARCHES	-	NC
ANTIEMÉTICOS - MISCELÁNEOS		
dronabinol cápsulas (equiv. MARINOL)	PA	3
CESAMET CÁPSULAS	-	4
AKYNZEO CÁPSULAS	-	NC
DICLEGIS COMPRIMIDOS	-	NC
doxilamina/piridoxina dr comprimidos (equiv. DICLEGIS)	-	NC
MARINOL CÁPSULAS	-	NC
SYNDROS SOLUCIÓN	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA SUSTANCIA P/NEUROQUININA 1 (NK1)		
	QL	3
aprepitant cápsulas (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)	QL QL	
aprepitant pak (equiv. EMEND) (QL= 3 cápsulas/reposición)		3
VARUBI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en oncología o hematología)	QL-RS	3
EMEND PAK	-	NC
EMEND SUSPENSIÓN	-	NC
ANTIFUNGICOS		
ANTIFÚNGICOS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE GLUCANO (EQUINOCANDINAS)		
micafungina inyectable (equiv. MYCAMINE)	М	6
MYCAMINE INYECTABLE	M	6
BREXAFEMME COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIFÚNGICOS		
nistatina polvo		2
nistatina comprimidos	_	2
rerbinafina comprimidos (equiv. LAMISIL)		2
flucitosina cápsulas (equiv. ANCOBON)	_	3
griseofulvina micro comprimidos (equiv. GRIFULVIN V)	-	3
anseonivina micro compunidos reduiv GRIEULVIN VI	-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Programa obligatorio de farmacia especializada

INF

MSP

SMKG

¢

Infertilidad

RxCENTS

Límite de cantidad

Abandono del tabaquismo

NC/3P = No cubierto, revisor externo

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

Exclusión del plan

Beneficio médico

Autorización previa

primeros 3 meses Programa de vacunación

EXC

Μ

PΑ

LD

OTC

RS

ST

Distribución limitada

Terapia escalonada

Restricción a especialistas

De venta libre

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

Nombre				Codigo especial	NIVE
		ANTIFÚNGICOS Cont.			
griseofulvina suspensión (equiv. GRIFULVI	NI)	ANTII ONOIOOO OONI.		_	3
griseofulvina suspension (equiv. GRI OEVI griseofulvina comprimidos (equiv. GRIS-PE	,			- -	3
ANFOTERICINA B SOLUCIÓN IV	.0)			- -	NC
ANCOBON CÁPSULAS				-	NC
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS					NC
				-	NC
FULVICIN P/G COMPRIMIDOS, GRISEOF MICRO COMPRIMIDOS GRIS-PEG COMPRIMIDOS	OLVINA ULTRA			<u>.</u>	NC
LAMISIL COMPRIMIDOS				-	NC
		WD 4 701		-	NC
ANTIFÚNGICOS RELACIONADO	S CON EL IM	IIDAZOL			
luconazol suspensión (equiv. DIFLUCAN)				-	2
fluconazol comprimidos (equiv. DIFLUCAN)	•			-	2
ketoconazol comprimidos (equiv. NIZORAL	.)			-	2
traconazol cápsulas (equiv. SPORANOX)				-	3
voriconazol comprimidos (equiv. VFEND)				-	3
traconazol solución (equiv. SPORANOX)				PA	4
NOXAFIL PAK				-	4
oosaconazol DR comprimidos (equiv. NOX/				-	4
oosaconazol suspensión (equiv. NOXAFIL)				-	4
voriconazol suspensión (equiv. VFEND)				-	4
CRESEMBA CÁPSULAS				-	NC
DIFLUCAN SUSPENSIÓN				-	NC
DIFLUCAN COMPRIMIDOS				-	NC
NOXAFIL SUSPENSIÓN				-	NC
NOXAFIL COMPRIMIDOS				-	NC
SPORANOX CÁPSULAS				-	NC
SPORANOX SOLUCIÓN				-	NC
TOLSURA CÁPSULAS				-	NC
/FEND SUSPENSIÓN				-	NC
VFEND COMPRIMIDOS				-	NC
VIVJOA CÁPSULAS				-	NC
		ANTIHISTAMÍNICOS			
ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILA	MINAS				
DEXCLORFENIRAMINA JARABE				-	NC
MICLARA LÍQUIDO				ОТС	NC
RYCLORA SOLUCIÓN				-	NC
ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLA	AMINAS				
difenhidramina invectable (equiv. BENADR)				-	3
CARBINOXAMINA SOLUCIÓN	,			-	4
carbinoxamina comprimidos (equiv. PALGI	C)			-	4
clemastina comprimidos (equiv. TAVIST)				-	4
CLEMASTINA COMPRIMIDOS, CLEMASZ	COMPRIMIDOS			-	4
carbinoxamina maleato comprimidos 6 mg				-	NC
CARBZAH SOLUCIÓN 4 MG/5 ML				-	NC
CLEMASTINA JARABE				-	NC
CLEMASTINA COMPRIMIDOS (GENUS LI	IFESCIENCES)			-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren to	odas las concentracio	nes y formas de los productos enumerados en la	lista de med	licamentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por	QL los SMKG	Límite de cantidad Abandono del tabaquismo	RS ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada	
primeros 3 meses VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			
V/10 I TOGIAINA DE VACUNACION	٧	IMOLINIO			

Última actualización* 9/11/2025

Nombre						Código especial	Nive
			ANTIHISTAMÍNICOS Cont				
CLEMSZA COMPRIMIDOS 2.68 M	IG					-	NC
(ARBINAL ER SUSPENSIÓN						-	NC
RYVENT 6 MG COMPRIMIDOS, C	ARBINOXAMINA					-	NC
MALEATO 6 MG COMPRIMIDOS ANTIHISTAMÍNICOS - NO	SEDATIVOS						
CLARINEX JARABE						PA	4
evocetirizina solución (equiv. XYZA	AL)					-	4
evocetirizina comprimidos (equiv.)	•					-	4
CLARITIN COMPRIMIDOS MASTIC	,					OTC	EXC
DESLORATADINA ODT						-	EXC
lesloratadina comprimidos (equiv.	CLARINEX)					-	EXC
oratadina cápsulas (equiv. CLARIT	•					OTC	EXC
ALLEGRA ODT	,					OTC	NC
etirizina comprimidos masticables	(equiv ZVRTEC)					OTC	NC
CLARINEX COMPRIMIDOS	(equiv. ZTIVILO)					-	NC
YZAL SOLUCIÓN						-	NC
						-	NC
(YZAL COMPRIMIDOS	IOC ALEBOLAC						
YRTEC MASTICABLE PARA NIÑ		ũoo				OTC	NC
YRTEC COMPRIMIDOS MASTIC		NOS				OTC	NC
ANTIHISTAMINICOS - FEN	NOTIAZINAS						
rometazina jarabe						-	2
rometazina COMPRIMIDOS (equi	iv. PHENERGAN)					-	2
rometazina supositorios (equiv. Pl	HENERGAN)					-	3
ROMETHEGAN SUPOSITORIOS	3					-	3
ANTIHISTAMÍNICOS - PIP	ERIDINAS						
iproheptadina jarabe						-	2
iproheptadina comprimidos						-	2
INHIBIDORES DE LA ADE	NOSINA TRIF	OSF	ANTIHIPERLIPIDÉMICOS ATO-CITRATO LIASA (ACL)				
	1 comprimido/día	; la tera	pia escalonada requiere prueba de atorva	statina, fl	uvastatina,	QL-ST	3
	l comprimido/día;	la terap	ia escalonada requiere prueba de atorvas	tatina, flu	vastatina,	QL-ST	3
* •		,					
:ZETIMIBA/ATORVASTATINA CO	MPRIMIDOS					-	NC
		N)				-	NC NC
EZETIMIBA/ATORVASTATINA CO zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO		N)				-	
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO		N)				- - -	NC NC
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS	s (equiv. VYTORI	ŕ	COMPRIMIDOS			- - -	NC NC NC
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM	s (equiv. VYTORI	ŕ	COMPRIMIDOS			- - - -	NC NC NC
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YYTORIN COMPRIMIDOS	s (equiv. VYTORI	ŕ	COMPRIMIDOS			- - - -	NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS	is (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC.	ATINA (COMPRIMIDOS			- - - - -	NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM /YTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS cido omega-3 etil esteres cápsulas	s (equiv. VYTORI IIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA	ATINA (COMPRIMIDOS			- - - -	NC NC NC NC NC
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS cido omega-3 etil esteres cápsulas YASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp	rs (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día)	ATINA (COMPRIMIDOS			- - - - - - QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS DICIdo omega-3 etil esteres cápsulas YASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp Cosapento etilo cápsulas (equiv. V	rs (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día)	ATINA (COMPRIMIDOS			- - - - - - QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM VYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Dicido omega-3 etil esteres cápsulas VASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp COSAPENTO Etilo cápsulas (equiv. VX	rs (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día)	ATINA (COMPRIMIDOS			QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM /YTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS cido omega-3 etil esteres cápsulas //ASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp	rs (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día)	ATINA (COMPRIMIDOS			QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS acido omega-3 etil esteres cápsulas (ASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp cosapento etilo cápsulas (equiv. V/CYNAMRO INYECTABLE OVAZA CÁPSULAS	es (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día) ASCEPA)	ATINA (COMPRIMIDOS nes y formas de los productos enumerados en la lis	sta de medi	camentos.	QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM YTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS acido omega-3 etil esteres cápsulas (ASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp cosapento etilo cápsulas (equiv. V/CYNAMRO INYECTABLE OVAZA CÁPSULAS	es (equiv. VYTORI MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA sulas/día) ASCEPA)	ATINA (sta de medi		QL	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM PYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS RICIDIO COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS RICIDIO COMPRIMIDOS ROSZETA CÁPSULAS ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA	AIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA osulas/día) ASCEPA) e cubren todas las cor	ATINA (nes y formas de los productos enumerados en la lis genérico = letras minúsculas		MARCAS = LET	- - - RAS MAYÚSCULAS	NC NC NC NC NC
zetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS, ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM /YTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS cido omega-3 etil esteres cápsulas /ASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp cosapento etilo cápsulas (equiv. V/ XYNAMRO INYECTABLE OVAZA CÁPSULAS Nota: Salvo que se indique lo contrario, se NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor ext EXC Exclusión del plan	AIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA osulas/día) ASCEPA) e cubren todas las cor	ATINA (nes y formas de los productos enumerados en la lis genérico = letras minúsculas Infertilidad	LD	MARCAS = LET Distribución limita	- - - RAS MAYÚSCULAS	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM PYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS RICIDIO COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS RICIDIO COMPRIMIDOS ROSZETA CÁPSULAS ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA ROTA	AIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA osulas/día) ASCEPA) e cubren todas las cor	ATINA (nes y formas de los productos enumerados en la lis genérico = letras minúsculas		MARCAS = LET	- - - RAS MAYÚSCULAS ada	NC NC NC NC NC
ezetimiba/simvastatina comprimido DMEGA-3 RX PAK COMPLETO ROSZET COMPRIMIDOS ROSZET COMPRIMIDOS, EZETIM PYTORIN COMPRIMIDOS ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Icido omega-3 etil esteres cápsulas PASCEPA CÁPSULAS (QL= 4 cáp cosapento etilo cápsulas (equiv. V/ CYNAMRO INYECTABLE ROVAZA CÁPSULAS Nota: Salvo que se indique lo contrario, se NC= No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor exi EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	MIBA/ROSUVAST - MISC. s (equiv. LOVAZA osulas/día) ASCEPA) e cubren todas las contermo	ATINA (nes y formas de los productos enumerados en la lis genérico = letras minúsculas Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	LD OTC	MARCAS = LET Distribución limita De venta libre	- - - RAS MAYÚSCULAS ada ecialistas	NC NC NC NC NC

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

EXC

PA

SF

VAC

Exclusión del plan

Beneficio médico

Autorización previa

Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

ANTIHIPERLIPIDÉMICOS Cont.		
SECUESTRANTES DE ÁCIDOS BILIARES		2
colestiramina lite polvo (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2
colestiramina lite polvo en paquete (equiv. QUESTRAN LITE)	-	2
colestiramina polvo (equiv. QUESTRAN)	-	
colestiramina polvo en paquete (equiv. QUESTRAN)	<u>-</u>	2
colestipol comprimidos (equiv. COLESTID)	-	2
colesevelam paquete (equiv. WELCHOL)	-	3
colesevelam comprimido (equiv. WELCHOL)	-	3
colestipol gránulos (equiv. COLESTID)	-	4
colestipol polvo en paquete (equiv. COLESTID)	-	4
COLESTID GRÁNULOS	-	NC
COLESTID POLVO EN PAQUETE	-	NC
COLESTID COMPRIMIDOS	-	NC
QUESTRAN LITE POLVO	-	NC
QUESTRAN POLVO	-	NC
QUESTRAN POLVO EN PAQUETE	-	NC
NELCHOL PAQUETE	-	NC
NELCHOL COMPRIMIDOS	-	NC
DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
enofibrato comprimidos 67 mg, 134 mg, 200 mg (equiv. LOFIBRA)	-	2
enofibrato comprimidos 48 mg, 54 mg, 145 mg, 160 mg (equiv. TRICOR)	-	2
ácido fenofíbrico DR cápsulas (equiv. TRILIPIX)	-	2
gemfibrozilo comprimidos (equiv. LOPID)	-	2
FENOFIBRATO COMPRIMIDOS	-	4
FENOFÍBRICO COMPRIMIDOS, FIBRICOR COMPRIMIDOS	-	4
ANTARA CÁPSULAS, FENOFIBRATO MICRONIZADO CÁPSULAS	-	NC
ANTARA CÁPSULAS, LOFIBRA CÁPSULAS	-	NC
enofibrato cápsulas 43 mg, 130 mg (equiv. ANTARA)	-	NC
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS	-	NC
FENOFIBRATO CÁPSULAS, LIPOFEN CÁPSULAS 50 MG, 150 MG	_	NC
renofibrato comprimidos 40 mg, 120 mg (equiv. FENOGLIDE)	_	NC
FENOGLIDE COMPRIMIDOS	<u>.</u>	NC
LOPID COMPRIMIDOS	-	NC
FRICOR COMPRIMIDOS		NC
	-	
FRIGLIDE COMPRIMIDOS	-	NC
FRILIPIX CÁPSULAS	-	NC
INHIBIDORES DE LA REDUCTASA H mg COA		1
atorvastatina comprimidos (equiv. LIPITOR)	-	1
ovastatina comprimidos (equiv. MEVACOR)	-	
pravastatina comprimidos (equiv. PRAVACHOL)	-	1
osuvastatina comprimidos (equiv. CRESTOR)	-	1
simvastatina comprimidos (equiv. ZOCOR) (80 mg no está cubierto)	-	1
luvastatina cápsulas (equiv. LESCOL)	-	3
oitavastatina cálcica comprimidos (equiv. LIVALO) (La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvasta ovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina)	_{itina,} ST	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamer	ntos.	
	RCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distr	ribución limitada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Programa obligatorio de farmacia especializada

QL

MSP

SMKG

¢

Infertilidad

RxCENTS

Límite de cantidad

Abandono del tabaquismo

LD

OTC

RS

ST

Distribución limitada

Terapia escalonada

Restricción a especialistas

De venta libre

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Ultima actualizacion* 9/11/2025			Código especial	Nive
Nombre	_				Coulgo especial	INIVE
		NTIHIPERLIPIDÉMICOS C				
TORVALIQ SUSPENSIÓN (Se requiere)		PA	4
LOLIPID SUSPENSIÓN (Se requiere au		ara miembros de 9 años en adelante)			PA	4
uvastatina ER comprimidos (equiv. LES)	,				-	4
IVALO COMPRIMIDOS (La terapia esca osuvastatina o simvastatina)	alonada requiere pru	ueba de atorvastatina, fluvastatina, lova	statina, prav	astatina,	ST	4
DVICOR COMPRIMIDOS					-	NC
LTOPREV COMPRIMIDOS					-	NC
RESTOR COMPRIMIDOS					-	NC
ZALLOR SPRINKLE CÁPSULAS					•	NC
ESCOL XL COMPRIMIDOS					-	NC
PITOR COMPRIMIDOS					•	NC
IMCOR COMPRIMIDOS					-	NC
mvastatina comprimidos 80 mg (equiv. 2	ZOCOR) (esta conc	entración no está incluida en la cobertu	ıra)		-	NC
OCOR COMPRIMIDOS					-	NC
YPITAMAG COMPRIMIDOS					-	NC
NHIBIDORES DE LA ABSORC	ION INTESTIN	AL DE COLESTEROL				
zetimiba comprimidos (equiv. ZETIA)					-	2
ETIA COMPRIMIDOS					-	NC
NHIBIDORES DE LA PROTEÍNA M	MICROSOMAL D	E TRANSFERENCIA DE TRIGLIC	ÉRIDOS (I	MTP)		
UXTAPID CÁPSULAS				,	-	NC
DERIVADOS DEL ÁCIDO NICO	TÍNICO					
acina ER comprimidos (equiv. NIASPAN	۷)				-	2
IACOR COMPRIMIDOS					-	NC
IASPAN ER COMPRIMIDOS					-	NC
NHIBIDORES DE LA PROPRO	TEÍNA CONVE	RTASA SUBTILISINA/KEXINA	TIPO 9			
EPATHA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 o	días; la terapia esca	llonada requiere una prueba de atorvas	tatina, fluvas	statina,	QL-ST	3
vastatina, pravastatina, rosuvastatina o			,	,		
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE	(QL= 1 iny./28 días	s; la terapia escalonada requiere una pr	ueba de ato	rvastatina,	QL-ST	3
uvastatina, lovastatina, pravastatina, ros	uvastatina o simvas	statina)				
		ANTIHIPERTENSIVOS				
NHIBIDORES DE LA ACE						
enazepril comprimidos (equiv. LOTENSI	,				-	2
nalapril comprimidos (equiv. VASOTEC)					-	2
sinopril comprimidos (equiv. MONOPRI	L)				-	2
sinopril comprimidos (equiv. PRINIVIL/Z	ESTRIL)				-	2
ERINDOPRIL COMPRIMIDOS					-	2
erindopril comprimidos (equiv. ACEON)					-	2
uinapril comprimidos (equiv. ACCUPRIL	.)				-	2
mipril cápsulas (equiv. ALTACE)					-	2
aptopril comprimidos (equiv. CAPOTEN))				-	3
nalapril maleato solución oral (equiv. EP	'ANED) (Se requier	e autorización previa para miembros de	9 años en a	adelante)	PA	4
PANED SOLUCIÓN (Se requiere autori:					PA	4
BRELIS SOLUCIÓN (Se requiere autori	ización previa para	miembros de 9 años en adelante)			PA	4
CCUPRIL COMPRIMIDOS		,			-	NC
LTACE CÁPSULAS					-	NC
OTENSIN COMPRIMIDOS					-	NC
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren	todas las concentracion	nes y formas de los productos enumerados en la	lista de medic	amentos.		
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LET	RAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limit	ada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre		
PA Autorización previa	QL SM/C	Límite de cantidad	RS	Restricción a esp		
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días primeros 3 meses	oor los SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalona	aua	
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS				

Última actualización* 9/11/2025

Oitima actualizacion 9/11/2025		
Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
ANTIHIPERTENSIVOS Cont.		
MAVIK COMPRIMIDOS	-	NC
noexipril comprimidos (equiv. UNIVASC)	-	NC
PRINIVIL COMPRIMIDOS, ZESTRIL COMPRIMIDOS	-	NC
randolapril comprimidos (equiv. MAVIK)	-	NC
/ASOTEC COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES PARA FEOCROMOCITOMA		
enoxibenzamina cápsulas (equiv. DIBENZYLINE)	-	3
DEMSER CÁPSULAS	-	NC
DIBENZYLINE CÁPSULAS	-	NC
netirosina cápsula (equiv. DEMSER)	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
andesartán comprimidos (equiv. ATACAND)	-	2
rbesartán comprimidos (equiv. AVAPRO)	-	2
osartán comprimidos (equiv. COZAAR)	-	2
Ilmesartán comprimidos (equiv. BENICAR)	-	2
elmisartán comprimidos (equiv. MICARDIS)	-	2
alsartán comprimidos (equiv. DIOVAN)	-	2
RBLI SUSPENSIÓN (QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA-QL	4
TACAND COMPRIMIDOS	-	NC
VAPRO COMPRIMIDOS	-	NC
ENICAR COMPRIMIDOS	-	NC
COZAAR COMPRIMIDOS	-	NC
DIOVAN COMPRIMIDOS	-	NC
EDARBI COMPRIMIDOS	-	NC
MICARDIS COMPRIMIDOS	-	NC
ralsartán solución oral (equiv. VALSARTÁN)	-	NC
ANTIHIPERTENSIVOS ANTIADRENÉRGICOS		
lonidina comprimidos (equiv. CATAPRES)	-	2
loxazosina comprimidos (equiv. CARDURA)	-	2
uanfacina IR comprimidos (equiv. TENEX)	-	2
netildopa comprimidos (equiv. ALDOMET)	-	2
razosina cápsulas (equiv. MINIPRESS)	-	2
erazosina cápsulas (equiv. HYTRIN)	-	2
Ionidina parches (equiv. CATAPRES-TTS)	-	3
METILDOPA COMPRIMIDOS	-	4
CARDURA COMPRIMIDOS	-	NC
CATAPRES-TTS PARCHES	-	NC
IINIPRESS CÁPSULAS	-	NC
EXICLON XR COMPRIMIDOS	-	NC
EZRULY SOLUCIÓN	-	NC
COMBINACIONES ANTIHIPERTENSIVAS		
mlodipino/benazepril cápsulas (equiv. LOTREL)	-	2
tenolol/clortalidona comprimidos (equiv. TENORETIC)	-	2
enazepril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOTENSIN HCT)	-	2
sinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZESTORETIC)	-	2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
ANTIHIPERTENSIVOS Cont.		
valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. DIOVAN HCT)	-	2
amlodipino/olmesartán comprimidos (equiv. AZOR COMPRIMIDOS)	-	3
mlodipino/valsartán comprimidos (equiv. EXFORGE)	-	3
elmisartán/amlodipino comprimidos (equiv. TWYNSTA)	-	3
ACCURETIC COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. EXFORGE HCT)	-	NC
ATACAND HCT COMPRIMIDOS	-	NC
AVALIDE COMPRIMIDOS	-	NC
BENICAR HCT COMPRIMIDOS	-	NC
pisoprolol/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ZIAC)	-	NC
BYVALSON COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
andesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ATACAND HCT)	-	NC
CAPTOPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
DIOVAN HCT COMPRIMIDOS	-	NC
DUTOPROL COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
EDARBYCLOR COMPRIMIDOS	-	NC
enalapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. VASERETIC)	<u>-</u>	NC
EXFORGE COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
osinopril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MONOPRIL HCT)	-	NC
HYZAAR COMPRIMIDOS	-	NC
besartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. AVALIDE)	<u>-</u>	NC
osartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. HYZAAR)	-	NC
OTENSIN HCT COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
OTREL CÁPSULAS	<u>-</u>	NC
osartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. LOPRESSOR HCT)	<u>-</u>	NC
MICARDIS HCT COMPRIMIDOS	-	NC
olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. TRIBENZOR COMPRIMIDOS)	<u>-</u>	NC
olmesartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. BENICAR HCT)	<u>-</u>	NC
PRESTALIA COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
QUINAPRIL/HCTZ COMPRIMIDOS	_	NC
quinapril/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ACCURETIC)	<u>-</u>	NC
TARKA COMPRIMIDOS	_	NC
TEKTURNA HCT COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
ELMISARTÁN/AMLODIPINO COMPRIMIDOS	_	NC
elmisartán/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MICARDIS HCT)	<u>.</u>	NC
TENORETIC COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
TRANDOLAPRIL/VERAPAMIL ER COMPRIMIDOS	-	NC
TRIBENZOR COMPRIMIDOS	-	NC
WYNSTA COMPRIMIDOS	-	NC
/ASERETIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZESTORETIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZIAC COMPRIMIDOS		NC
ANTIHIPERTENSIVOS - MISC.		140
		NC
/ECAMYL COMPRIMIDOS INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA	-	NC
INTIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	· ·	Código especial	Nive
ANTI	IIPERTENSIVOS Cont.		
aliskiren comprimidos (equiv. TEKTURNA)	-		NC
EKTURNA COMPRIMIDOS	-		NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDO	TELINA		
RYVIO COMPRIMIDOS	-		NC
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTO	RES DE ALDOSTERONA (SARA)		
eplerenona comprimidos (equiv. INSPRA)	-		2
NSPRA COMPRIMIDOS	-		NC
VASODILATADORES			
hidralazina comprimidos (equiv. APRESOLINE)			2
minoxidil comprimidos (equiv. LONITEN)			2
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	S ANTIINFECCIOSOS - MISC.		
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC.	.o Altrinti Eddioddo Imide.		
metronidazol comprimidos (equiv. FLAGYL)	-		2
tinidazol comprimidos (equiv. TINDAMAX)			2
TRIMETOPRIMA COMPRIMIDOS			2
rimetoprima comprimidos (equiv. PROLOPRIM)			2
pentamidina solución para nebulización (equiv. NEBUPENT)			3
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG (QL = 60 comprimidos/30 días)	(QL	3
FIRST METRONIDAZOL SUSPENSIÓN			4
PRIMSOL SOLUCIÓN			4
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG (QL= 9 comprimidos/3 días)	(QL	4
AEMCOLO COMPRIMIDOS			NC
FLAGYL CÁPSULAS	<u>.</u>		NC
FLAGYL COMPRIMIDOS			NC
MPAVIDO CÁPSULAS	<u> </u>		NC
LIKMEZ SUSPENSIÓN	_		NC
metronidazol cápsulas (equiv. FLAGYL)	<u>.</u>		NC
METRONIDAZOL COMPRIMIDOS	_		NC
NEBUPENT SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	<u>.</u>		NC
TINDAMAX COMPRIMIDOS			NC
ANTIINFECCIOSOS - MISC COMBINACIONES			110
smz/tmp (DS) comprimidos (equiv. BACTRIM DS)		•	2
smz/tmp suspensión (equiv. BACTRIM, SEPTRA)	-		2
BACTRIM DS COMPRIMIDOS	-	•	NC
HYOPHEN COMPRIMIDOS	-		NC
JTA cápsulas	-	•	NC
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS			
ALINIA SUSPENSIÓN (QL= 60 ml/3 días)	F	PA-QL	3
atovacuona suspensión (equiv. MEPRON)	-	•	3
nitazoxanida comprimidos (equiv. ALINIA) (QL= 6 comprimidos/3 día	s) F	PA-QL	3
ALINIA COMPRIMIDOS	-		NC
LAMPIT COMPRIMIDOS		·	NC
MEPRON SUSPENSIÓN	-		NC
CARBAPENÉMICOS			

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - MISC. Cont.		
meropenem inyectable (equiv. MERREM)	-	NC
VABOMERE INYECTABLE	-	NC
GLUCOPÉPTIDOS		
FIRVANQ SOLUCIÓN 25 MG/ML	-	2
FIRVANQ SOLUCIÓN 50 MG/ML	-	2
vancomicina cápsulas (equiv. VANCOCIN) (QL= 56 cápsulas/reposición)	QL	2
vancomicina clorhidrato solución (equiv. VANCOMICINA)	-	2
VANCOMICINA SOLUCIÓN ORAL	-	2
VANCOMICINA SOLUCIÓN	-	2
VANCOCIN CÁPSULAS	-	NC
LEPROSTÁTICOS		
dapsona comprimidos	-	2
LINCOSAMIDAS		
clindamicina cápsulas (equiv. CLEOCIN)	-	2
clindamicina solución (equiv. CLEOCIN)	-	3
CLEOCIN CÁPSULAS	•	NC
CLEOCIN SOLUCIÓN	-	NC
MONOBACTÁMICOS		
CAYSTON SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	•	NC
OXAZOLIDINONAS		
linezolid suspensión (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3
linezolid comprimidos (equiv. ZYVOX) (Restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	RS	3
SIVEXTRO COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3
SIVEXTRO COMPRIMIDOS	-	NC
ZYVOX SUSPENSIÓN	-	NC
ZYVOX COMPRIMIDOS	-	NC
PENEM		
ORLYNVAH COMPRIMIDOS		NC
PLEUROMUTILINAS		110
XENLETA COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIINFECCIOSOS URINARIOS		110
mandelato de metenamina comprimidos		2
nitrofurantoína macrocristales cápsulas (equiv. MACRODANTIN)	-	2
nitrofurantoína macrochstales capsulas (equiv. MACROBID)		2
hipurato de metenamina comprimidos (equiv. HIPREX)		3
fosfomicina trometamol polvo en paquete (equiv. MONUROL)	_	4
nitrofurantoína suspensión (equiv. FURADANTIN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
HIPREX COMPRIMIDOS	-	NC
MACROBID CÁPSULAS	-	NC
MACRODANTINA CÁPSULAS		NC
MACRODANTINA CAPSULAS MACRODANTINA CÁPSULAS 25 MG	-	NC
MACRODANTINA CAPSULAS 25 MG MONUROL PAQUETE GRANULADO	_	NC
MONUROL PAQUETE GRANULADO nitrofurantoína macrocristales cápsulas 25 mg (equiv. MACRODANTIN)	-	NC
ninomianiona macrocustales causmas zo mo reduiv ivia CRODANTINI	-	
NITROFURANTOÍNA SUSPENSIÓN		NC

	NO No coleionte				MAROAO LETRACAMANI/IOOHII AO
	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
=1/0	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTIMALÁRICOS		
COMBINACIONES ANTIMALÁRICAS		
atovacuona/proguanil comprimidos (equiv. MALARONE)	-	2
COARTEM COMPRIMIDOS	-	4
MALARONE COMPRIMIDOS	-	NC
PIRIMETAMINA/LEUCOVORINA CÁPSULAS	-	NC
ANTIMALÁRICOS		
CLOROQUINA COMPRIMIDOS	-	2
cloroquina comprimidos (equiv. ARALEN)	-	2
nidroxicloroquina comprimidos (equiv. PLAQUENIL)	-	2
orimaquina comprimidos (equiv. PRIMAQUINE)	-	2
oirimetamina comprimidos (equiv. DARAPRIM) (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888- 347-3416)	LD-PA-QL	2
mefloquina comprimidos (equiv. LARIAM)	-	3
ARAKODA COMPRIMIDOS	-	NC
DARAPRIM COMPRIMIDOS	-	NC
KRINTAFEL COMPRIMIDOS	-	NC
PLAQUENIL COMPRIMIDOS	-	NC
PRIMAQUINE COMPRIMIDOS	-	NC
QUALAQUIN CÁPSULAS	-	NC
quinidina sulfato cápsulas (equiv. QUALAQUIN)	-	NC
SOVUNA COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS/COLINÉRGICOS piridostigmina comprimidos (equiv. MESTINON)	-	2
oiridostigmina CR comprimidos (equiv. MESTINON)	-	3
GUANIDINA COMPRIMIDOS	-	4
piridostigmina solución (equiv. MESTINON)	-	4
FIRDAPSE COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA	5
MESTINON COMPRIMIDOS	-	NC
MESTINON TIMESPAN COMPRIMIDOS	-	NC
PIRIDOSTIGMINA COMPRIMIDOS 30 MG	_	NC
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
COMBINACIONES ANTITUBERCULOSAS		
COMBINACIONES ANTITUBERCULOSAS RIFAMATE CÁPSULAS	-	3
RIFAMATE CÁPSULAS	-	3
	-	
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS	-	
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS	-	4
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos	-	2
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos birazinamida comprimidos	· ·	2 2
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos pirazinamida comprimidos etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL)	- - -	2 2 2 3
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos pirazinamida comprimidos etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL) PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas)	- - - - QL-RS	2 2 2 3 3
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos pirazinamida comprimidos etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL) PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas) PRIFTIN COMPRIMIDOS	- - - - QL-RS	2 2 3 3 3
RIFAMATE CÁPSULAS RIFATER COMPRIMIDOS AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS soniazida comprimidos birazinamida comprimidos etambutol comprimidos (equiv. MYAMBUTOL) PRETOMANID COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas) PRIFTIN COMPRIMIDOS rifabutina cápsulas (equiv. MYCOBUTIN)	- - - QL-RS -	2 2 3 3 3 3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Ultima actualización* 9/11/2025		
Nombre	Código especial	Nive
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS Cont.		
SIRTURO COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas)	MSP-QL-RS	5
CAPASTAT INVECTABLE	M	6
CICLOSERINA CÁPSULAS	-	NC
MYAMBUTOL COMPRIMIDOS	-	NC
IYCOBUTIN CÁPSULAS	-	NC
ASER GRANULADO	-	NC
RIFADIN CÁPSULAS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS		
ANTINEOPLÁSICOS MISC.		
retinoína cápsulas (equiv. VESANOID)	MSP	2
INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN CÁPSULAS	MSP-PA	5
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES		
AGENTES ALQUILANTES		_
emozolomida cápsulas (equiv. TEMODAR)	MSP	2
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	-	3
ICLOFOSFAMIDA COMPRIMIDOS	-	3
LEOSTINE/LOMUSTINA CÁPSULAS	-	3
EXALEN CÁPSULAS	-	3
IELFALÁN COMPRIMIDOS	-	3
IYLERAN COMPRIMIDOS	MSP	5
ANOSAR INYECTABLE	М	6
LKERAN INYECTABLE	-	NC
LKERAN COMPRIMIDOS	-	NC
CICLOFOSFAMIDA CÁPSULAS	-	NC
EUKERAN COMPRIMIDOS	-	NC
nelfalán inyectable (equiv. ALKERAN)	-	NC
EMODAR CÁPSULAS	-	NC
REANDA INYECTABLE	-	NC
ANTIMETABOLITOS		
apecitabina comprimidos (equiv. XELODA)	MSP	2
netotrexato inyectable	-	2
netotrexato comprimidos (equiv. TREXALL)	_	2
nercaptopurina comprimidos (equiv. PURINETHOL)		3
nercaptopurma comprimidos (equiv. PURIXAN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
udarabina inyectable	-	NC
YLAMVO SOLUCIÓN, XATMEP SOLUCIÓN	•	NC
		NC
NUREG COMPRIMIDOS	-	NC
ABLOID COMPRIMIDOS REXALL COMPRIMIDOS	-	
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA ANGIOGÉNESIS	-	NC
RUZAQLA CÁPSULAS 1 MG (QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u	LD-PA-QL	5
Onco360 877-662-6633)		
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG (QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Dinco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
NLYTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
Atom. Carvo que se marque lo contrario, se cubren touas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Niv
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTI	ES Cont.	
NLYTA COMPRIMIDOS 1 MG (QL= 8 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ENVIMA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144	, Accredo 800-803- LD-PA-QL-SF	5
2523, Biologics		
300-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 388-347-3416)		
ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPOS		
RITUXAN INYECTABLE	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES ANTI-HER2		110
HERNEXEOS COMPRIMIDOS		NC
TUKYSA COMPRIMIDOS	_	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA BCL-2		110
/ENCLEXTA PAQUETE DE INICIO		NC
VENCLEXTA PAQUETE DE INICIO VENCLEXTA COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL EGFR		140
	MSP-PA-QL-SF	
erlotinib comprimidos (equiv. TARCEVA) (QL = 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF MSP-PA-QL-SF	5 5
erlotinib comprimidos 25 mg (equiv. TARCEVA) (QL= 3 comprimidos/día)		
gefitinib comprimidos (equiv. IRESSA) (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL-SF 523) LD-PA-QL	5
GILOTRIF COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2	523) LD-PA-QL	5 NC
LAZCLUZE COMPRIMIDOS TAGRISSO COMPRIMIDOS	-	NC
TARCEVA COMPRIMIDOS	- -	NC
/IZIMPRO COMPRIMIDOS	-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG		140
ERIVEDGE CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ODOMZO CÁPSULAS (QL= 1 capsula/día)	MSP-PA-QL-SF	5
DAURISMO COMPRIMIDOS	A-QL-01	NC
ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES HORMONALES Y RELACIONADOS	-	110
		1
anastrozol comprimidos (equiv. ARIMIDEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o ma niembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	ayores; los demas	
exemestane comprimidos (equiv. AROMASIN) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o	mayores; los -	1
demás miembros	•	
están cubiertos con un copago por medicamentos genéricos)		4
amoxifeno comprimidos (equiv. NOLVADEX) (\$0 de copago solo para miembros femeninos de 35 años o r miembros cubiertos con un copago de medicamento genérico)	nayores; los demás -	1
abiraterona comprimidos 250 mg (equiv. ZYTIGA)	MSP	2
abiliatorona comprimiaco 200 mg (equiv. 21 mort)	-	2
picalutamida comprimidos (equiv. CASODEX)		2
,	<u>-</u>	_
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA)	<u>.</u>	2
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) negestrol suspensión (equiv. MEGACE)	- - -	
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) negestrol suspensión (equiv. MEGACE) negestrol comprimidos (equiv. MEGACE)	- - - MSP	2
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON)	- - - MSP -	2
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON) EMCYT CÁPSULAS		2 2 2
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON) EMCYT CÁPSULAS EULEXIN CÁPSULAS	-	2 2 2 3
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON) EMCYT CÁPSULAS EULEXIN CÁPSULAS FLUTAMIDA CÁPSULAS	-	2 2 2 3 3
bicalutamida comprimidos (equiv. CASODEX) letrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON) EMCYT CÁPSULAS EULEXIN CÁPSULAS FLUTAMIDA CÁPSULAS flutamida cápsulas (equiv. EULEXIN) toremifeno comprimidos (equiv. FARESTON)	-	2 2 2 3 3 3
etrozol comprimidos (equiv. FEMARA) megestrol suspensión (equiv. MEGACE) megestrol comprimidos (equiv. MEGACE) nilutamida comprimidos (equiv. NILANDRON) EMCYT CÁPSULAS EULEXIN CÁPSULAS FLUTAMIDA CÁPSULAS flutamida cápsulas (equiv. EULEXIN)	-	2 2 2 3 3 3 3

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre

primeros 3 meses

Programa de vacunación

VAC

Código especial

Nivel

ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVA	NTES Cont.	_	
leuprolida inyectable (equiv. LUPRON)		INF-MSP	5
LUPRON DEPOT INYECTABLE		MSP	5
LYSODREN COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)		LD	5
acetato de abiraterona comprimidos 500 mg (equiv. ZYTIGA)		-	NC
AKEEGA COMPRIMIDOS		-	NC
ARIMIDEX COMPRIMIDOS		-	NC
AROMASIN COMPRIMIDOS		-	NC
CASODEX COMPRIMIDOS		-	NC
FARESTON COMPRIMIDOS		-	NC
FEMARA COMPRIMIDOS		-	NC
CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA INYECTABLE		-	NC
LUPRON DEPOT INYECTABLE		-	NC
NUBEQA COMPRIMIDOS		-	NC
ORGOVYX COMPRIMIDOS		-	NC
ORSERDU COMPRIMIDOS		-	NC
ORSERDU COMPRIMIDOS 345 MG		-	NC
XTANDI CÁPSULAS		-	NC
XTANDI COMPRIMIDOS 40 MG		-	NC
XTANDI COMPRIMIDOS 80 MG		-	NC
YONSA COMPRIMIDOS		-	NC
ZYTIGA COMPRIMIDOS 250 MG		-	NC
ZYTIGA COMPRIMIDOS 500 mg		-	NC
ANTINEOPLÁSICO - INHIBIDORES DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA			
NELIREG COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-) LD-PA-QL	5
877-662-6633)	000 1000 d 01100000	,	
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOMODULADORES			
POMALYST CÁPSULAS		-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MENINA			
REVUFORJ COMPRIMIDOS		-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE PDGFR-ALFA			
AYVAKIT COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-8	50-4306)	LD-PA-QL-SF	5
ANTINEOPLÁSICOS - ACTIVADORES DE LA PROTEASA	30-4300)	ED I // QE OI	Ü
			NO
MODEYSO CÁPSULAS		-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA XPO1			
KPOVIO PAK		-	NC
COMBINACIONES ANTINEOPLÁSICAS			
KISQALI PAK (QL= 91 comprimidos/28 días)		MSP-PA-QL	5
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK		-	NC
NQOVI COMPRIMIDOS		-	NC
ONSURF COMPRIMIDOS		-	NC
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE ENZIMAS			
dasatinib comprimidos (equiv. SPRYCEL)		MSP-PA	2
everolimus comprimidos (equiv. AFINITOR) (QL= 1 comprimido/día)		MSP-PA-QL	2
everolimus comprimidos para suspensión oral (equiv. AFINITOR DISPERZ) (QL= 1 comprimido/día)		MSP-PA-QL	2
matinib comprimidos (equiv. GLEEVEC)		MSP	2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lis	sta de medicamentos.		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas	MARCAS = L	ETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad	LD Distribución lin	nitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De venta libre		
PA Autorización previa QL Límite de cantidad SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo primeros 3 meses	RS Restricción a e ST Terapia escalo	•	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	Nive
ANTINEOPLÁSI	COS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.		
lapatinib ditosilato comprimidos (equiv. TYKERB)		MSP-PA	2
nilotinib hcl cápsulas (equiv. TASIGNA)		MSP-PA	2
pazopanib comprimidos (equiv. VOTRIENT) (QL= 4 comprimidos/día)		MSP-PA-QL	2
sorafenib tosilato comprimidos (equiv. NEXAVAR)		MSP-PA	2
sunitinib malato cápsulas (equiv. SUTENT) (QL= 1 cápsula/día)		MSP-PA-QL	2
ALECENSA CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día)		MSP-PA-QL	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente 6633)	e disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-	LD-PA-QL-SF	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 MG, 180 MG (QL= 1 comprimido/día; úni 4306 u Onco360 877-662-6633)	camente disponible a través de Biologics 800-850-	LD-PA-QL-SF	5
AUGTYRO CÁPSULAS (QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a tra	vés de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente dispon	ible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG (QL= 3 comprimidos/día; únicamente	disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente	disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767)	LD-PA-QL-SF	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG (QL= 1 comprimido/día; únicamente d		LD-PA-QL-SF	5
BOSULIF CÁPSULAS		MSP-PA	5
BOSULIF COMPRIMIDOS		MSP-PA-SF	5
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG (QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponi Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-66		LD-PA-QL	5
CALQUENCE COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disp	onible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877-662-	LD-PA-QL-SF	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente dispor	nible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG (QL= 1 comprimido/día; únicament	, ,	LD-PA-QL-SF	5
COPIKTRA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a tra	avés de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
COTELLIC COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)		MSP-PA-QL	5
verolimus comprimidos 5 mg (equiv. AFINITOR) (QL= 2 comprimidos/día	a)	MSP-PA-QL	5
GAVRETO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a tra	vés de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL-SF	5
CLUSIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de AcariaHea	,	LD-PA-SF	5
DHIFA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		MSP-PA-QL	5
MBRUVICA CÁPSULAS 140 mg (QL= 3 cápsulas/día; únicamente dispo	nible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL	5
MBRUVICA CÁPSULAS 70 mg (QL= 1 cápsulas/día; únicamente dispon		LD-PA-QL	5
MBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG (QL= 1 comprimido/día; únicament		LD-PA-QL	5
AYPIRCA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	MSP-PA-QL	5
(ISQALI COMPRIMIDOS (QL= 63 comprimidos/28 días)		MSP-PA-QL	5
OSELUGO CÁPSULAS 10 MG (QL= 8 cápsulas/día; únicamente dispor	nible a través de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
(RAZATI COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponib		LD-PA-QL-SF	5
ORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 1 comprimido/día)	as a mayor as biologist coo coo isooy	MSP-PA-QL-SF	5
ORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG (QL= 3 comprimidos/día)		MSP-PA-QL-SF	5
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	millo a travida da Acerada 200 202 2502 Bistonico 200 250 4000	LD-PA-QL-SF	5
YNPARZA COMPRIMIDOS (QL = 4 comprimidos/día; únicamente dispo	, G		
YTGOBI PAQUETE DE TERAPIA (QL= 5 comprimidos/día; únicamente	uisponible a traves de Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL-SF	5
MEKINIST SOLUCIÓN		MSP-PA	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG (QL= 3 comprimidos/día)		MSP-PA-QL	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG (QL= 1 comprimido/día)		MSP-PA-QL	5
MEKTOVI COMPRIMIDOS (QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible : 2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 8 3416)		LD-PA-QL	5

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cont.	_	
NERLYNX COMPRIMIDOS (QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
NINLARO CÁPSULAS (Únicamente disponible a través de Diplomat 877-977-9118, Walgreens 888-347-3416, Walmart	LD-PA	5
Specialty 877-453-4566) DJJAARA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
PEMAZYRE COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
PIQRAY COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-SF	5
QINLOCK COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
EZLIDHIA CÁPSULAS (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
ROZLYTREK CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5
RUBRACA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874)	LD-PA-QL-SF	5
RYDAPT CÁPSULAS (QL= 56 cápsulas/28 días)	MSP-PA-QL	5
CEMBLIX COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-	LD-PA-QL	5
306) SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800- i50-4306)	LD-PA-QL	5
TIVARGA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
ABRECTA COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
AFINLAR CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día)	MSP-PA-QL	5
AFINLAR COMPRIMIDOS	MSP-PA	5
IBSOVO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
RUQAP COMPRIMIDOS (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-633)	LD-PA-QL	5
RUQAP PAQUETE DE TERAPIA (QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
URALIO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
ANFLYTA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
ANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-62-6633)	LD-PA-QL	5
(ERZENIO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	MSP-PA-QL	5
ITRAKVI CÁPSULAS 100 MG (QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
ITRAKVI CÁPSULAS 25 MG (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
ITRAKVI SOLUCIÓN (QL= 10 ml/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL-SF	5
ONJO CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633)	LD-PA-QL	5
ALKORI CÁPSULAS (QL = 2 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
OSPATA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL-SF	5
EJULA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
EJULA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA-QL-SF	5
YDELIG COMPRIMIDOS (Únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118)	LD-PA	5
YKADIA CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día)	MSP-PA-QL-SF	5
YKADIA COMPRIMIDOS (QL= 3 comprimidos/día)	MSP-PA-QL-SF	5
FINITOR DISPERZ COMPRIMIDOS	-	NC
FINITOR COMPRIMIDOS	-	NC
LUNBRIG PAK	-	NC
RUKINSA CÁPSULAS	-	NC
RUKINSA COMPRIMIDOS	-	NC
ABOMETYX COMPRIMIDOS	-	NC
OMETRIQ KIT	-	NC
NANZITEN COMPRIMIDOS	-	NC
NSACOVE CÁPSULAS	-	NC
FOTIVDA CÁPSULAS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	-			<u>Código especial</u>	Niv
ANTINE	OPLÁ	SICOS Y TERAPIAS ADYUV	ANTES	S Cont.	
SLEEVEC COMPRIMIDOS				-	NC
GOMEKLI CÁPSULAS				-	NC
SOMEKLI COMPRIMIDOS				-	NC
BRANCE CÁPSULAS				-	NC
BRANCE COMPRIMIDOS				-	NC
BTROZI COMPRIMIDOS				-	NC
MBRUVICA SUSPENSIÓN				-	NC
MBRUVICA COMPRIMIDOS 140 MG				-	NC
MBRUVICA COMPRIMIDOS 280 MG				-	NC
MKELD SOLUCIÓN				-	NC
NREBIC CÁPSULAS				-	NC
TOVEBI COMPRIMIDOS				<u>-</u>	NC
AKAFI COMPRIMIDOS				-	NC
(OSELUGO CÁPSULAS				_	NC
UMAKRAS COMPRIMIDOS				-	NC
UMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG				<u>-</u>	NC
UMAKRAS COMPRIMIDOS 240 MG				- -	NC
NEXAVAR COMPRIMIDOS					NC
NEXAVAR COMPRIMIDOS NILOTINIB CÁPSULAS				-	NC
OGSIVEO COMPRIMIDOS					
				-	NC NC
OGSIVEO COMPRIMIDOS 50 MG				-	
DJEMDA SUSPENSIÓN				·	NC
DJEMDA COMPRIMIDOS				-	NC
RETEVMO CÁPSULAS				-	NC
RETEVMO CÁPSULAS 40 MG				-	NC
RETEVMO COMPRIMIDOS				-	NC
RETEVMO COMPRIMIDOS 40 MG				-	NC
ROMVIMZA CÁPSULAS				-	NC
ROZLYTREK PAK				-	NC
SPRYCEL COMPRIMIDOS				-	NC
SUTENT CÁPSULAS				-	NC
ΓALZENNA CÁPSULAS 0.25 MG				-	NC
TALZENNA CÁPSULAS 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG				-	NC
TASIGNA CÁPSULAS				-	NC
AZVERIK COMPRIMIDOS				-	NC
EPMETKO COMPRIMIDOS				-	NC
YKERB COMPRIMIDOS				-	NC
ORANIGO COMPRIMIDOS				<u>-</u>	NC
ORANIGO COMPRIMIDOS 10 MG				-	NC
OTRIENT COMPRIMIDOS				-	NC
KALKORI CÁPSULAS DISPERSABLES					NC
ZELBORAF COMPRIMIDOS				<u>.</u>	NC
ZOLINZA CÁPSULAS				<u> </u>	NC
					NO
ANTINEOPLÁSICOS MISC.				MOD DA	
exaroteno cápsulas (equiv. TARGRETIN)				MSP-PA	2
idroxiurea cápsulas (equiv. HYDREA) Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las	concentraci	ones y formas de los productos enumerados en la l	ista de med	- dicamentos.	2
NC - No authority		manfula a labora minor minor		MARCAS - LETTRAS MANYÍCO: 11 AS	
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico PA Autorización previa	MSP QL	Programa obligatorio de farmacia especializada Límite de cantidad	OTC RS	De venta libre Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
do 10 dido poi 100				·	

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS ADYUVANTES Cor	<u></u> nt.	
MATULANE CÁPSULAS	-	3
ACTIMMUNE INYECTABLE (Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	5
ALFERON-N INYECTABLE	MSP	5
BESREMI INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662	2-6633) LD-PA-QL	5
NTRON-A INYECTABLE	MSP	5
HYDREA CÁPSULAS	-	NC
SYLATRON INYECTABLE	-	NC
ARGRETIN CÁPSULAS	-	NC
RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
EUCOVORIN COMPRIMIDOS	-	2
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS/PROTECTORES PARA QUIMIOTERAPIA		
nesna comprimidos (equiv. MESNEX)	MSP	2
MESNEX COMPRIMIDOS	MSP	5
WILFIN COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ETOPÓSIDO CÁPSULAS	MSP	5
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS COADYUVANTES ANTIPARKINSONIANOS		
arbidopa comprimidos (equiv. LODOSYN)	-	3
ODOSYN COMPRIMIDOS	-	NC
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
penztropina comprimidos	•	2
rihexifenidilo comprimidos (equiv. ARTANE)	-	2
INHIBIDORES DE LA COMT ANTIPARKINSONIANOS		
entacapona comprimidos (equiv. COMTAN)	-	3
COMTAN COMPRIMIDOS	-	NC
ASMAR COMPRIMIDOS	-	NC
olcapona comprimidos (equiv. TASMAR)	-	NC
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
mantadina cápsulas (equiv. SYMMETREL)	-	2
mantadina jarabe (equiv. SYMMETREL)	-	2
arbidopa/levodopa ER comprimidos (equiv. SINEMET CR)	-	2
arbidopa/levodopa ODT (equiv. PARCOPA)	-	2
arbidopa/levodopa comprimidos (equiv. SINEMET)	-	2
arbidopa/levodopa ER comprimidos (equiv. MIRAPEX)	-	2
opinirol comprimidos (equiv. REQUIP)	-	2
mantadina comprimidos	-	3
romocriptina cápsulas (equiv. PARLODEL)	-	3
romocriptina comprimidos (equiv. PARLODEL)	-	3
opinirol ER comprimidos (equiv. REQUIP XL)	-	3
IEUPRO PARCHES	-	4
ramipexol ER comprimidos (equiv. MIRAPEX ER)	-	4
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONA COMPRIMIDOS (equiv. STALEVO)	-	NC
CREXONT CÁPSULAS, RYTARY CÁPSULAS	-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicament	OS.	
	CAS = I FTRAS MAYÚSCULAS	

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre					Código especial	Nive
		Α	GENTES ANTIPARKINSONIAN	IOS Cont.		
DUOPA ENTERAL SUSPENS	ÓN				-	NC
GOCOVRI CÁPSULAS					-	NC
MIRAPEX ER COMPRIMIDOS					-	NC
MIRAPEX COMPRIMIDOS					-	NC
PARLODEL CÁPSULAS					-	NC
PARLODEL COMPRIMIDOS					-	NC
REQUIP COMPRIMIDOS					-	NC
REQUIP XL COMPRIMIDOS					-	NC
SINEMET CR COMPRIMIDOS					-	NC
SINEMET COMPRIMIDOS					-	NC
	ONOAMINOOXI	DASA	AANTIPARKINSONIANOS			
selegilina cápsulas (equiv. ELD	EPRYL)				-	2
selegilina comprimidos (equiv.	•				-	2
rasagilina comprimidos (equiv.					-	3
AZILECT COMPRIMIDOS	,,				-	NC
ELDEPYRL CÁPSULAS					-	NC
XADAGO COMPRIMIDOS					-	NC
ZELAPAR ODT					-	NC
	ACENTES A	NTID	ARKINSONIANOS Y TERAPIA	PEL ACIONAD	Λ	
COADYUVANTE			ANTINOONANOO I ILIANIA	INCLACIONAD		
NOURIANZ COMPRIMIDOS	,0				-	NC
ANTIPARKINSONIA	NOS				-	NO
ANTICOLINÉRGICOS A		NANC	os			
rihexifenidilo elixir (equiv. ART	ANE)				-	2
TRIHEXIFENIDILO SOLUCIÓN	J				-	2
DOPAMINÉRGICOS AI	NTIPARKINSONIA	ANOS	3			
amantadina solución (equiv. Al	JANTADINE)				-	2
CARBIDOPA/LEVODOPA OD					•	2
carbidopa-levodopa-entacapor	a comprimidos (equiv	. STALI	EVO)		-	3
APOKYN INYECTABLE					-	NC
apomorfina inyectable (equiv. A	APOKYN)				-	NC
DHIVY COMPRIMIDOS					-	NC
INBRIJA POLVO PARA INHAL	ACIÓN				-	NC
KYNMOBI PELÍCULA					-	NC
KYNMOBI KIT CON DOSIS AJ	USTADAS				-	NC
ONAPGO INYECTABLE					-	NC
OSMOLEX ER COMPRIMIDO	3				-	NC
STALEVO COMPRIMIDOS					-	NC
VYALEV INYECTABLE					-	NC
		AN	TIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACO	os		
AGENTES ANTIMANÍA	cos					
CARBONATO DE LITIO CÁPS	ULAS				-	2
carbonato de litio cápsulas (eq	uiv. ESKALITH ER)				-	2
carbonato de litio ER comprimi	dos (equiv. LITHOBID)			-	2
carbonato de litio comprimidos					-	2
Nota: Salvo que se indique lo contrari	o, se cubren todas las conc	centracio	nes y formas de los productos enumerados en la lista o	de medicamentos.		
NC = No cubierto			genérico = letras minúsculas	MARCAS = I FT	RAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revis	or externo	INE	•			
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico		INF MSP		LD Distribución limit OTC De venta libre	aua	
PA Autorización previa		QL	Límite de cantidad	RS Restricción a esp	pecialistas	
SF Limitado a dos reposicione primeros 3 meses	s de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST Terapia escalona	ada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

¢

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS Cont.	_	
litio solución oral (equiv. LITHIUM)	-	NC
LITHOBID COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIPSICÓTICOS - MISC.		
urasidona hcl comprimidos (equiv. LATUDA)	-	2
ziprasidona cápsulas (equiv. GEODON)	-	2
EQUETRO CÁPSULAS	-	3
CAPLYTA CÁPSULAS	-	NC
GEODON CÁPSULAS	-	NC
LATUDA COMPRIMIDOS	-	NC
NUPLAZID CÁPSULAS	-	NC
NUPLAZID COMPRIMIDOS	-	NC
/RAYLAR CÁPSULAS	-	NC
VRAYLAR PAQUETE	-	NC
BENZISOXAZOLES		
risperidona solución (equiv. RISPERDAL)	-	2
risperidona comprimidos (equiv. RISPERDAL)	-	2
paliperidona ER comprimidos (equiv. INVEGA)	-	3
RISPERDAL INYECTABLE	-	3
risperidona microesferas inyectable (equiv. RISPERDAL)	-	3
RISPERIDONA ODT	-	3
risperidona ODT (equiv. RISPERDAL M)	-	3
NVEGA SUSTENNA INYECTABLE	-	4
INVEGA TRINZA INYECTABLE	-	4
ERZOFRI INYECTABLE 117 MG/0.75 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 156 MG/ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 234 MG/1.5 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 351 MG/2.25 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 39 MG/0.25 ML	-	NC
ERZOFRI INYECTABLE 78 MG/0.5 ML	-	NC
FANAPT COMPRIMIDOS	-	NC
FANAPT PAQUETE CON DOSIS AJUSTADAS	-	NC
FANAPT PAQUETE CON DOSIS AJUSTADAS 1 MG/2 MG/6 MG/8 MG	-	NC
NVEGA COMPRIMIDOS	-	NC
RISPERDAL M ODT	-	NC
RISPERDAL SOLUCIÓN	-	NC
RISPERDAL COMPRIMIDOS	-	NC
BUTIROFENONAS		
naloperidol lactato conc (equiv. HALDOL)	-	2
haloperidol comprimidos (equiv. HALDOL)	-	2
naloperidol decanoato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3
naloperidol lactato inyectable (equiv. HALDOL)	-	3
DIBENZAPINAS		
oxapina cápsulas (equiv. LOXITANE)	-	2
olanzapina comprimidos (equiv. ZYPREXA)	-	2
quetiapina comprimidos (equiv. SEROQUEL)	-	2
i i i i i i i i i i i i i i i i i i i		
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombro	Olima dotadiizaoioii 0/11/2020	Cádigo consciol	NI:
Nombre		<u>Código especial</u>	<u>Niv</u>
AG	ENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS Cont.		
quetiapina XR comprimidos (equiv. SEROQUEL XR		-	2
asenapina maleato comprimido sublingual (equiv. S	APHRIS) (QL= 2 comprimidos/día)	PA-QL	3
clozapina comprimidos (equiv. CLOZARIL)		-	3
olanzapina ODT (equiv. ZYPREXA)		-	3
ZYPREXA RELPREVV INYECTABLE		-	4
ADASUVE INHALADOR		-	NC
CLOZAPINA ODT		-	NC
clozapina ODT comprimidos (equiv. CLOZAPINA, F	AZACLO)	-	NC
CLOZAPINA ODT, FAZACLO ODT		-	NC
CLOZARIL COMPRIMIDOS		-	NC
FAZACLO ODT 12.5 mg, 25 mg, 100 mg		-	NC
QUETIAPINA COMPRIMIDOS		-	NC
SAPHRIS SL COMPRIMIDOS		-	NC
SECUADO PARCHES		-	NC
SEROQUEL COMPRIMIDOS		-	NC
SEROQUEL XR COMPRIMIDOS		-	NC
VERSACLOZ SUSPENSIÓN		-	NC
ZYPREXA COMPRIMIDOS		-	NC
ZYPREXA ZYDIS COMPRIMIDOS		-	NC
DIHIDROINDOLONAS			
MOLINDONA COMPRIMIDOS		-	NC
AGENTES MUSCARÍNICOS			
COBENFY CÁPSULAS		-	NC
COBENFY CÁPSULAS PAQUETE DE INICIO		-	NC
FENOTIAZINAS			
clorpromazina comprimidos (equiv. THORAZINE)		_	2
flufenazina comprimidos (equiv. PROLIXIN)		_	2
proclorperazina supositorios (equiv. COMPAZINE)		_	2
proclorperazina comprimidos (equiv. COMPAZINE)		-	2
tioridazina clorhidrato comprimidos (equiv. THIORIE)AZINE)	-	2
trifluoperazina comprimidos (equiv. Trifortic	TALINE)	_	2
flufenazina decanoato inyectable		_	3
CHLORPROMAZINE CONC		_	NC
perfenazina comprimidos (equiv. TRILAFON)		_	NC
DERIVADOS DE LA QUINOLONA			
·			2
aripiprazol comprimidos (equiv. ABILIFY)		•	2
ABILIFY MAINTENA INYECTABLE		- PA	4
aripiprazol solución (equiv. ABILIFY)			4
REXULTI COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)		PA-QL	4 NC
precargada equivalente)	(aripiprazol suspensión inyectable de liberación prolongada en jeringa (equiv. aripiprazol suspensión inyectable de liberación prolongada en	-	NC NC
ieringa precargada)	(ogair. antipprazor suspension inyociable de liberación profotigada en		. 10
ABILIFY MYCITE PAQUETE		-	NC
ABILIFY MYCITE COMPRIMIDOS		-	NC
ABILIFY COMPRIMIDOS		-	NC
aripiprazol ODT (equiv. ABILIFY)		-	NC
Note: Salvo que se indique la contraria, se aubron todas las sa	oncentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Offilina actualización 9/11/2025		Código especial	Niis
					Niv
	EN I E	S ANTIPSICÓTICOS/ANTIMA	NIACOS	Cont.	
ARISTADA INYECTABLE				-	NC
OPIPZA PELÍCULA				-	NC
TIOXANTENOS					
iotixeno cápsulas (equiv. NAVANE)				-	2
	Al	NTISÉPTICOS Y DESINFECT <i>A</i>	ANTES		
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES					
HYLAMEND GEL PRIMEROS AUXILIOS				-	NC
ANTISÉPTICOS CON IODO					
ODOFLEX TOALLITAS				-	NC
330. <u>11</u> 7. 107. <u>11</u> 7. 17. 18		ANTIVIRALES			
ANTIRRETROVIRALES		ANTIVINALES			
				DA OL	
APRETUDE SUSPENSIÓN (QL= 7 iny./año)				PA-QL	1
DESCOVY COMPRIMIDOS				PA	1
emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato comprim	iiaos (eqi	IIV. TRUVADA)		-	1
abacavir comprimidos (equiv. ZIAGEN)	4)			-	2
abacavir/lamivudina comprimidos (equiv. EPZICON	/1)			-	2
favirenz comprimidos (equiv. SUSTIVA)		ANDI AN		-	2
efavirenz/emtricitabina/tenofovir df comprimidos (e	quiv. ATF	(IPLA)		-	2
emtricitabina cápsulas (equiv. EMTRIVA)				-	
etravirina comprimidos (equiv. INTELENCE)				-	2
osamprenavir comprimidos (equiv. LEXIVA)				-	2
amivudina solución (equiv. EPIVIR)				-	2
amivudina comprimidos (equiv. EPIVIR)	n (15)			-	2
amivudina/zidovudina comprimidos (equiv. COMB	IVIR)			-	2
opinavir/ritonavir comprimidos (equiv. KALETRA)				-	2
maraviroc comprimidos (equiv. SELZENTRY)				-	2
nevirapina ER comprimidos (equiv. VIRAMUNE XF	₹)			-	2
itonavir comprimidos (equiv. NORVIR)	\"DEAD			-	2
enofovir disoproxilo fumarato comprimidos (equiv.	VIREAD			-	2
zidovudina cápsulas (equiv. RETROVIR)				-	2
zidovudina jarabe (equiv. RETROVIR)				-	2
ridovudina comprimidos (equiv. RETROVIR)				-	2
atazanavir cápsulas (equiv. REYATAZ)				-	3
CIMDUO COMPRIMIDOS				-	3
darunavir comprimidos (equiv. PREZISTA)				-	3
DELSTRIGO COMPRIMIDOS				-	3
DOVATO COMPRIMIDOS				-	3
EDURANT PED COMPRIMIDOS				-	3
EDURANT COMPRIMIDOS	, , ,	4.5.5.60		-	3
favirenz/lamivudina/tenofovir df (lo) comprimidos ((MFI [LOJ)		-	3
FAVIRENZ/LAMIVUDINA/TENOFOVIR COMPRI				-	3
emtricitabina-rilpivirina-tenofovir df comprimidos (e	quiv. COI	MPLEKA)		-	3
EVOTAZ COMPRIMIDOS				-	3
SENTRESS (HD) COMPRIMIDOS				-	3
PREZCOBIX COMPRIMIDOS			t	-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las c	oncentracio	ones y tormas de los productos enumerados en la list	ta de medicame	entos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas	MΔ	ARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo		-			
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada		tribución limitada venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS Res	stricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST Ter	apia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

SMKG

SF

VAC

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

primeros 3 meses

Programa de vacunación

ST

Terapia escalonada

Última actualización* 9/11/2025

ANTIVIRALES Cont.

Nombre

VAC

Programa de vacunación

Código especial

Nivel

		ANTIVINALLS COIL.			
PREZISTA COMPRIMIDOS				-	3
TIVICAY PD COMPRIMIDOS				-	3
TIVICAY COMPRIMIDOS				-	3
TYBOST COMPRIMIDOS				-	3
COMPLERA COMPRIMIDOS				-	4
ISENTRESS COMPRIMIDOS MASTICABLES				-	4
ISENTRESS POLVO EN PAQUETE				-	4
NORVIR CÁPSULAS					4
NORVIR POLVO EN PAQUETE				_	4
				<u>-</u>	4
NORVIR SOLUCIÓN				-	
abacavir solución (equiv. ZIAGEN)		,		<u>-</u>	5
abacavir/lamivudina/zidovudina comprimidos (equi	v. IRIZIV	IR)		-	5
CRIXIVAN CÁPSULAS				-	5
EFAVIRENZ CÁPSULAS				-	5
EMTRIVA SOLUCIÓN				-	5
INTELENCE COMPRIMIDOS				-	5
KALETRA COMPRIMIDOS				-	5
LEXIVA SUSPENSIÓN				-	5
lopinavir/ritonavir solución (equiv. KALETRA)				-	5
NEVIRAPINE ER COMPRIMIDOS (La terapia esca	alonada			ST	5
requiere la prueba de nevirapina)					_
PREZISTA SUSPENSIÓN				-	5
REYATAZ POLVO EN PAQUETE				-	5
SELZENTRY SOLUCIÓN				-	5
SELZENTRY COMPRIMIDOS				-	5
VIRACEPT COMPRIMIDOS				-	5
VIREAD COMPRIMIDOS				-	5
APTIVUS CÁPSULAS				-	NC
APTIVUS SOLUCIÓN				-	NC
ATRIPLA COMPRIMIDOS				-	NC
BIKTARVY COMPRIMIDOS				-	NC
CABENUVA IM SUSPENSIÓN				-	NC
CABENUVA SUSPENSIÓN 600 MG-900 MG/3 ML				-	NC
COMBIVIR COMPRIMIDOS				-	NC
didanosina DR cápsulas (equiv. VIDEX EC)				-	NC
DIDANOSINA CÁPSULAS, VIDEX EC CÁPSULAS	3			-	NC
EMTRIVA CÁPSULAS				-	NC
EPIVIR SOLUCIÓN				<u>-</u>	NC
EPIVIR COMPRIMIDOS				-	NC
EPZICOM COMPRIMIDOS				_	NC
FUZEON INYECTABLE					NC
GENVOYA COMPRIMIDOS				_	NC
INVIRASE CÁPSULAS				- -	NC
INVIRASE COMPRIMIDOS				-	NC
JULUCA TAB				•	NC
KALETRA SOLUCIÓN				-	NC
LEXIVA COMPRIMIDOS		and the second s		-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las c	oncentracio	ines y formas de los productos enumerados en la lis	sta de med	licamentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	Distribucion limitada De venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
VAC. Programa de vacunación	¢	RXCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	<u>Nive</u>
	ANTIVIRALES Cont.		
NEVIRAPINA SUSPENSIÓN		-	NC
nevirapina comprimidos (equiv. VIRAMUNE)		-	NC
NORVIR COMPRIMIDOS		-	NC
DDEFSEY COMPRIMIDOS		-	NC
PIFELTRO COMPRIMIDOS		-	NC
PREZISTA COMPRIMIDOS		-	NC
RESCRIPTOR COMPRIMIDOS		-	NC
RETROVIR CÁPSULAS		-	NC
RETROVIR JARABE		-	NC
RETROVIR COMPRIMIDOS		-	NC
REYATAZ CÁPSULAS		-	NC
RUKOBIA ER COMPRIMIDOS		-	NC
STAVUDINE CÁPSULAS		-	NC
estavudina cápsulas (equiv. ZERIT)		-	NC
STRIBILD COMPRIMIDOS		-	NC
SUNLENCA INYECTABLE		-	NC
SUNLENCA COMPRIMIDOS		-	NC
SUNLENCA COMPRIMIDOS 300 MG		-	NC
SUSTIVA CÁPSULAS		-	NC
SUSTIVA COMPRIMIDOS		-	NC
SYMFI (LO) COMPRIMIDOS		-	NC
SYMTUZA COMPRIMIDOS		-	NC
FRIUMEQ PD COMPRIMIDOS		-	NC
TRIUMEQ COMPRIMIDOS		-	NC
TRIZIVIR COMPRIMIDOS		-	NC
/IDEX EC CÁPSULAS		-	NC
/IDEX SOLUCIÓN		-	NC
/IRAMUNE SUSPENSIÓN		-	NC
VIRAMUNE COMPRIMIDOS		-	NC
VIRAMUNE XR COMPRIMIDOS		-	NC
VIREAD COMPRIMIDOS		<u>-</u>	NC
OCABRIA COMPRIMIDOS		-	NC
YEZTUGO INYECTABLE		<u>-</u>	NC
YEZTUGO COMPRIMIDOS		-	NC
ZERIT CÁPSULAS		-	NC
ZIAGEN SOLUCIÓN		-	NC
ZIAGEN COMPRIMIDOS		_	NC
AGENTES CONTRA EL CMV			
valganciclovir solución (equiv. VALCYTE)		-	3
/alganciclovir comprimidos (equiv. VALCYTE)		-	3
IVTENCITY COMPRIMIDOS (QL= 4 comprimidos Glologics 800-850-4306)	s/día; únicamente disponible a través de	LD-PA-QL	5
PREVYMIS PAK (QL= 4 paquetes/día; límite 800 p	paquetes/365 días)	MSP-PA-QL	5
PREVYMIS COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimidos/	día; límite 200 comprimidos/365 días)	MSP-PA-QL	5
VALCYTE SOLUCIÓN		-	NC
VALCYTE COMPRIMIDOS		-	NC

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

ANTIVIRALES Cont. AGENTES CONTRA LA HEPATITIS 2 lamivudina comprimidos 100 mg (equiv. EPIVIR HBV) **MSP** 2 RIBAVIRINA CÁPSULAS MSP 2 ribavirina cápsulas (equiv. REBETOL) RIBAVIRINA COMPRIMIDOS MSP 2 LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 3 SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día) MSP-PA-QL 3 **VEMLIDY COMPRIMIDOS** 3 QL 5 entecavir comprimidos (equiv. BARACLUDE) (QL= 1 comprimido/día) EPIVIR HBV SOLUCIÓN 5 **MSP** 5 PEGASYS INVECTABLE 5 MSP PEG-INTRON INYECTABLE NC adefovir dipivoxilo comprimidos (equiv. HEPSERA) BARACLUDE SOLUCIÓN NC BARACLUDE COMPRIMIDOS NC **FPCLUSA PAK** NC **EPCLUSA COMPRIMIDOS** NC HARVONI PAQUETE DE GRÁNULOS NC HARVONI COMPRIMIDOS NC NC MAVYRET PAK MAVYRET COMPRIMIDOS NC NC SOVALDI PAQUETE DE GRÁNULOS NC SOVALDI COMPRIMIDOS NC VOSEVI COMPRIMIDOS ZEPATIER COMPRIMIDOS NC **AGENTES CONTRA EL HERPES** 2 aciclovir cápsulas (equiv. ZOVIRAX) 2 aciclovir suspensión (equiv. ZOVIRAX) 2 aciclovir comprimidos (equiv. ZOVIRAX) 2 valaciclovir comprimidos (equiv. VALTREX) famciclovir comprimidos (equiv. FAMVIR) 3 SITAVIG COMPRIMIDOS NC **VALTREX COMPRIMIDOS** NC ZOVIRAX CÁPSULAS NC ZOVIRAX SUSPENSIÓN NC NC **ZOVIRAX COMPRIMIDOS ANTIGRIPALES** oseltamivir cápsulas (equiv. TAMIFLU) (QL= 10 cápsulas/reposición) OI 2 oseltamivir cápsulas 30 mg (equiv. TAMIFLU) (QL= 20 QL 2 cápsulas/reposición) QL 3 oseltamivir suspensión (equiv. TAMIFLU) (QL= 250 ml/reposición) 4 RIMANTADINA COMPRIMIDOS QL XOFLUZA COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/reposición) 4 FLUMADINE COMPRIMIDOS NC NC RELENZA DISCO INHALADOR NC TAMIFLU CÁPSULAS Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC = No cubierto genérico = letras minúsculas NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan EXC INF LD Distribución limitada MSP OTC Beneficio médico Programa obligatorio de farmacia especializada M De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses **RxCENTS** VAC Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Nombre			Código especial	<u>Nive</u>
	ANTIVIRALES Co	ont.		
TAMIFLU CÁPSULAS 30 MG			-	NC
MISC. ANTIVIRALES				
AGEVRIO CÁPSULAS (EUA) (QL= 40 cápsula	s/reposición)		QL	3
AGEVRIO CÁPSULAS 200 MG (QL= 40 cápsu	las/reposición)		QL	3
AGENTES CONTRA EL VIRUS SINC	CICIAL			
RESPIRATORIO (VSR)				
ibavirina solución para inhalación (equiv. VIRAZ	(OLE)		-	NC
	CLASES SURTIDAS			
AGENTES QUELANTES				
D-PENAMINE COMPRIMIDOS			-	3
INMUNOMODULADORES				
THALOMID CÁPSULAS			MSP-PA	5
INMUNOSUPRESORES				
azatioprina comprimidos (equiv. IMURAN)			-	2
acrolimús cápsulas (equiv. PROGRAF)			-	2
iclosporina cápsulas (equiv. SANDIMMUNE)			<u>-</u>	5
iclosporina modificada cápsulas (equiv. NEORA	AL)		-	5
iclosporina modificada solución (equiv. NEORA	L)		-	5
nicofenolato DR comprimidos (equiv. MYFORTI	C)		-	5
nicofenolato de mofetilo cápsulas (equiv. CELLO	CEPT)		-	5
nicofenolato de mofetilo suspensión (equiv. CEL	LLCEPT SUSPENSIÓN)		-	5
nicofenolato de mofetilo comprimidos (equiv. CE	ELLCEPT)		-	5
SANDIMMUNE SOLUCIÓN 100 MG/ML			-	5
irolimús comprimidos (equiv. RAPAMUNE)			-	5
CELLCEPT CÁPSULAS			-	NC
CELLCEPT SUSPENSIÓN			-	NC
ELLCEPT COMPRIMIDOS			-	NC
ENVARSUS XR COMPRIMIDOS			-	NC
MURAN COMPRIMIDOS			<u>-</u>	NC
MYFORTIC COMPRIMIDOS			-	NC
NEORAL CÁPSULAS			-	NC
NEORAL SOLUCIÓN			-	NC
PROGRAF CÁPSULAS			•	NC
RAPAMUNE COMPRIMIDOS			-	NC
SANDIMMUNE CAPSULAS			-	NC
RESINAS REMOVEDORAS DE POTA	ASIO			
oliestireno de sodio suspensión (equiv. SPS)			-	2
poliestireno de sodio polvo (equiv. KAYEXALATI	Ε)		<u> </u>	3
ELTASSA POLVO (QL= 1 paquete/día)			PA-QL	3
	BETA BLOQUEADORES			
ALFA-BETA				
arvedilol comprimidos (equiv. COREG)			-	2
BLOQUEADORES				
abetalol comprimidos (equiv. NORMODYNE)			-	2
arvedilol fosfato ER cápsulas (equiv. COREG C	CR)		-	NC
COREG CR CÁPSULAS			-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas la	s concentraciones y formas de los productos enumerados en la l	lista de med	licamentos.	
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	Distribución innitada De venta libre	
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Niv
BETA BLOQUEADORES C	ont.	·
COREG COMPRIMIDOS	-	NC
LABETALOL COMPRIMIDOS	-	NC
BETA BLOQUEADORES		
CARDIOSELECTIVOS		
acebutolol cápsulas (equiv. SECTRAL)	-	2
atenolol comprimidos (equiv. TENORMIN)	-	2
betaxolol comprimidos (equiv. KERLONE)	-	2
bisoprolol comprimidos (equiv. ZEBETA)	-	2
metoprolol ER comprimidos (equiv. TOPROL XL)	-	2
metoprolol comprimidos (equiv. LOPRESSOR)	-	2
nebivolol hcl comprimidos (equiv. BYSTOLIC)	-	2
BISOPROLOL FUMARATO COMPRIMIDOS	-	NC
BYSTOLIC COMPRIMIDOS	-	NC
KAPSPARGO CÁPSULAS	-	NC
KERLONE COMPRIMIDOS	-	NC
LOPRESSOR SOLUCIÓN	-	NC
LOPRESSOR COMPRIMIDOS	-	NC
TENORMIN COMPRIMIDOS	-	NC
TOPROL XL COMPRIMIDOS	-	NC
BETA BLOQUEADORES NO SELECTIVOS		
propranolol ER cápsulas (equiv. INDERAL LA)	-	2
PROPRANOLOL SOLUCIÓN	-	2
PROPRANOLOL SOLUCIÓN 20 MG/5 ML	-	2
propranolol comprimidos (equiv. INDERAL)	-	2
sotalol AF comprimidos (equiv. BETAPACE AF)	-	2
sotalol comprimidos (equiv. BETAPACE)	-	2
imolol maleato comprimidos (equiv. BLOCADREN)	-	2
nadolol comprimidos (equiv. CORGARD)	-	3
BETAPACE AF COMPRIMIDOS	-	NC
BETAPACE COMPRIMIDOS	-	NC
CORGARD comprimidos	-	NC
HEMANGEOL SOLUCIÓN	-	NC
NDERAL LA CÁPSULAS		NC
INDERAL XL CÁPSULAS, INNOPRAN XL CÁPSULAS		NC
pindolol comprimidos (equiv. VISKEN)	-	NC
SOTYLIZE SOLUCIÓN	-	NC
SOTYLIZE SOLUCIÓN 5 MG/ML	-	NC
BIOLÓGICOS MISC.		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS		
GRASTEK SL COMPRIMIDOS	-	NC
ORALAIR SL COMPRIMIDOS	-	NC
RAGWITEK SL COMPRIMIDOS	-	NC
BIOLÓGICOS MISC.		

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre Código especial Nivel **BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Cont.** COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NC CONSENSI COMPRIMIDOS **BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO** 2 amlodipina comprimidos (equiv. NORVASC) diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM CD) 2 2 diltiazem ER cápsulas (equiv. DILACOR XR) 2 diltiazem ER cápsulas (equiv. TIAZAC) diltiazem comprimidos (equiv. CARDIZEM) 2 2 felodipina ER comprimidos (equiv. PLENDIL) nifedipino cápsulas (equiv. PROCARDIA) 2 nifedipino ER comprimidos (equiv. ADALAT CC) 2 2 verapamilo SR cápsulas (equiv. VERELAN) 2 verapamilo SR comprimidos (equiv. CALAN SR, ISOPTIN SR) 2 verapamilo comprimidos (equiv. CALAN) 3 diltiazem ER cápsulas (equiv. CARDIZEM SR) 3 diltiazem ER comprimidos (equiv. CARDIZEM LA) 4 nicardipina cápsulas (equiv. CARDENE) PΑ NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) 4 VERAPAMILO ER CÁPSULAS 4 ADALAT CC COMPRIMIDOS NC CALAN SR COMPRIMIDOS NC CARDIZEM CD CÁPSULAS NC CARDIZEM LA COMPRIMIDOS NC NC CARDIZEM COMPRIMIDOS CONJUPRI COMPRIMIDOS, LEVAMLODIPINA COMPRIMIDOS NC DILACOR XR CÁPSULAS NC NC isradipina cápsulas (equiv. DYNACIRC) KATERZIA SUSPENSIÓN NC NC nimodipina cápsulas (equiv. NIMOTOP) nisoldipina ER comprimidos (equiv. SULAR) NC NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG, 40 MG NC NC NISOLDIPINA ER COMPRIMIDOS 25.5 MG NC NORVASC COMPRIMIDOS NYMALIZE SOLUCIÓN NC SULAR COMPRIMIDOS NC TIAZAC CÁPSULAS NC VERAPAMILO ER CÁPSULAS, VERELAN CÁPSULAS NC VERELAN CÁPSULAS NC **CARDIOTÓNICOS GLUCÓSIDOS CARDÍACOS** digoxina solución (equiv. LANOXIN) 2 DIGOXIN SOLUCIÓN 0.05 MG/ML 2 digoxina comprimidos (equiv. LANOXIN) 2 digoxina comprimidos 62.5 mcg (equiv. LANOXIN) NC LANOXIN COMPRIMIDOS NC Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. NC = No cubierto MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS genérico = letras minúsculas NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada MSP OTC Beneficio médico Programa obligatorio de farmacia especializada M De venta libre PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

primeros 3 meses

Programa de vacunación

VAC

Última actualización* 9/11/2025

Nombre

Código especial

Nivel

AGENTES CARDIOVASCULARES - MINHIBIDORES DE LA MIOSINA CARDÍACA	IISC.	
CAMZYOS CÁPSULAS (QL= 1 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416) AGENTES CARDIOVASCULARES MISC COMBINACIONES	LD-PA-QL	5
sacubitril-valsartán comprimidos (equiv. ENTRESTO) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
amlodipino/atorvastatina comprimidos (equiv. CADUET)	- -	NC
BIDIL COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
CADUET COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
INTRESTO CÁPSULAS	<u>-</u>	NC
NTRESTO COMPRIMIDOS	_	NC
cosorbida dinitrato/hcl hidralazina comprimidos (equiv. BIDIL)	-	NC
PSYNVI COMPRIMIDOS	<u>.</u>	NC
INMUNOMODULADORES/ANTIINFLAMATORIOS CARDIOVASCULARES		
ODOCO COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA 2 CARDIOVASCULA	AR	
NPEFA COMPRIMIDOS AGENTES CONTRA LA IMPOTENCIA	-	NC
adalafil comprimidos 2.5 mg, 5 mg (equiv. CIALIS) (QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de doxazorazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas, finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodamsulosina cápsulas)		2
vanafil comprimidos (equiv. STENDRA)	-	EXC
CIALIS COMPRIMIDOS	-	EXC
EVITRA COMPRIMIDOS	-	EXC
Idenafilo comprimidos (equiv. VIAGRA)	-	EXC
TENDRA COMPRIMIDOS	-	EXC
dalafil comprimidos (equiv. CIALIS)	-	EXC
ardenafilo ODT (equiv. STAXYN)	-	EXC
ardenafilo comprimidos (equiv. LEVITRA)	-	EXC
CIALIS COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG	-	NC
VASODILATADORES PERIFÉRICOS		
SOXSUPRINA COMPRIMIDOS	-	3
PROSTAGLANDINAS VASODILATADORAS		
YVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML (QL= 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-	803-2523) LD-PA-QL	5
PRENITRAM COMPRIMIDOS	<u> </u>	NC
DRENITRAM COMPRIMIDOS PAQUETE MENSUAL	<u>-</u>	NC
YVASO DPI POLVO	<u>-</u>	NC
YVASO DPI KIT DE MANTENIMIENTO EN POLVO 32-48 MCG	<u>.</u>	NC
YVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32-48 MCG	-	NC
YVASO DPI KIT CON DOSIS AJUSTADAS EN POLVO 16-32-46 MCG	<u>.</u>	NC
ENTAVIS SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	-	NC
	<u>.</u>	NC
UTREPIA CÁPSULAS		NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA SEÑALIZACIÓN DE LA ACTI	VINA	
/INREVAIR INYECTABLE	-	NC
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTOR DE LA ENDO	OTELINA	
mbrisentán comprimidos (equiv. LETAIRIS) (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3	3553) LD-PA-QL	2
osentán comprimidos para suspensión oral (equiv. TRACLEER) (QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través d ccredo 800-803-2523)	le LD-PA-QL	2
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de me	edicamentos.	
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC	De venta libre	
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS	Terapia escalonada	
VAC Programa de vacunación ¢ RXCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

AGENTES CARDIOVASCULARES - MISC. Cont. Intán comprimidos (equiv. TRACLEER) (QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens (AT-3416) INRIS COMPRIMIDOS UMIT COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA Inafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) affil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) Inafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) ILIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) ILIQ SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA IOSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE PERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE LA GUANILATO-CICLASA	LD-PA-QL PA PA PA PA	5 NC
ARTIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS ATIO COMPRIMIDOS ATIO COMPRIMIDOS ATIO COMPRIMIDOS ARTIO COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) ARAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	- - - - - PA PA PA	NC NC NC NC NC NC
MIT COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LOS RECEPTORES DE LA FOSTACICLINA PRATICION PULMONAR - AGONISTAS	- - - PA PA PA	NC NC NC 2 2 2 3 4 NC NC
CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA nafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) afil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) nafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RCA COMPRIMIDOS EV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	- - - PA PA PA	NC NC NC 2 2 2 3 4 NC NC
CLEER COMPRIMIDOS CLEER COMPRIMIDOS 62.5 mg, 125 mg PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA Pafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) afilo comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) pafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RICA COMPRIMIDOS ELV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA PA	NC NC 2 2 2 3 4 NC NC NC
PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA nafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) afilo comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) nafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RCA COMPRIMIDOS EV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA PA	NC 2 2 3 4 NC NC NC
PERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA nafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) afil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) nafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RCA COMPRIMIDOS EV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA PA	2 2 3 4 NC NC
nafilo comprimidos 20 mg (equiv. REVATIO) afil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) afilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) IRCA COMPRIMIDOS ATIO SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA PA	2 3 4 NC NC NC
afil comprimidos (PAH) (equiv. ADCIRCA) nafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RCA COMPRIMIDOS LEV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA PA	2 3 4 NC NC NC
nafilo suspensión (equiv. REVATIO) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) RCA COMPRIMIDOS LEV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA LOSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA PA	3 4 NC NC NC
LIQ SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) IRCA COMPRIMIDOS IEV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	PA	4 NC NC NC
RCA COMPRIMIDOS REV SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ROSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE		NC NC NC
ATIO SUSPENSIÓN ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	-	NC NC
ATIO SUSPENSIÓN ATIO COMPRIMIDOS PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	-	NC
PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE	-	
PERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA COSTACICLINA RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE		NO
RAVI COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523) RAVI INYECTABLE		
RAVI INYECTABLE	LD-PA-QL	5
		NC
MPAS COMPRIMIDOS	-	NC
HIBIDORES DE LOS NÓDULOS SINUSALES	-	NO
adina hcl comprimidos (equiv. CORLANOR)		2
LANOR SOLUCIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante)	PA	4
LANOR COMPRIMIDOS	-	4
TABILIZADORES DE LA TRANSTIRETINA		
DAQEL CÁPSULAS (QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 347-3416)	LD-PA-QL	5
RUBY PAK	-	NC
DAMAX CÁPSULAS	-	NC
TIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE VASOACTIVO (SGC)		
QUVO COMPRIMIDOS	-	NC
CEFALOSPORINAS		
FALOSPORINAS - 1.a GENERACIÓN		
Iroxilo cápsulas (equiv. DURICEF)	-	2
droxilo suspensión (equiv. DURICEF)	-	2
droxilo comprimidos (equiv. DURICEF)	-	2
exina cápsulas (equiv. KEFLEX)	-	2
exina suspensión (equiv. KEFLEX)	-	2
ADROXIL COMPRIMIDOS	-	3
exina cápsulas 750 mg (equiv. KEFLEX)	-	NC
exina comprimidos	-	NC
EX CÁPSULAS	-	NC
.EX CÁPSULAS 750 MG FALOSPORINAS - 2.a GENERACIÓN	-	NC
		2
ozil suspensión (equiv. CEFZIL)	-	2
	-	۷
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL)		
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL) Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL) Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS = I	LETRAS MAYÚSCULAS	
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL) Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo CC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución li	limitada	
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL) Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo CC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución li Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre	limitada re	
ozil comprimidos (equiv. CEFZIL) Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos. NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo CC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución li Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre	limitada e a especialistas	

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nivel</u>
CEFALOSPORINAS Cont.		
cefuroxima comprimidos (equiv. CEFTIN)	-	2
CEFACLOR CÁPSULAS	-	4
pefaclor cápsulas (equiv. CECLOR)	-	4
CEFACLOR ER COMPRIMIDOS	-	4
CEFACLOR SUSPENSIÓN	-	4
CEFALOSPORINAS - 3.a GENERACIÓN		
cefdinir cápsulas (equiv. OMNICEF)	-	2
cefdinir suspensión (equiv. OMNICEF)	-	2
CEFDITOREN COMPRIMIDOS	-	4
cefixima cápsulas (equiv. SUPRAX)	-	4
cefixima suspensión (equiv. SUPREX)	-	4
CEFPODOXIMA PROXETILO SUSPENSIÓN	-	4
cefpodoxima proxetilo comprimidos (equiv. VANTIN)	<u>-</u>	4
SPECTRACEF COMPRIMIDOS	-	4
SUPRAX CÁPSULAS	<u>-</u>	4
SUPRAX COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	4
SUPRAX SUSPENSIÓN 500 MG/5ML	-	4
DMNICEF SUSPENSIÓN	-	NC
SUPRAX CÁPSULAS	<u>-</u>	NC
SUPRAX SUSPENSIÓN	-	NC
·	-	1
amethyst comprimidos (equiv. LYBREL)	-	1
aranelle comprimidos (equiv. TRI-NORINYL)	-	1
AVERI COMPRIMIDOS	-	1
aviane comprimidos (equiv. ALESSE)	-	1
BALCOLTRA COMPRIMIDOS	-	1
cesia comprimidos (equiv. CYCLESSA)	-	1
cryselle comprimidos	-	1
drospirenona/etinilestradiol/levomefolato comprimidos (equiv. BEYAZ)	-	1
enpresse comprimidos (equiv. TRI-LEVELEN)	-	1
FEMLYV COMPRIMIDOS	-	1
gianvi comprimidos, ocella comprimidos (equiv. YASMIN, YAZ)	-	1
sibloom comprimidos, enskyce comprimidos, apri comprimidos (equiv. DESOGEN)	-	1
olessa comprimidos, amethia comprimidos (equiv. SEASONALE, SEASONIQUE)	-	1
kelnor comprimidos (equiv. DEMULEN)	-	1
evonorgestrel-etinilestradiol-fe comprimidos (equiv. BALCOLTRA)	-	1
LO LOESTRIN COMPRIMIDOS	-	1
NATAZIA COMPRIMIDOS	-	1
NEXTSTELLIS COMPRIMIDOS	-	1
noretindrona ace-etinilestradiol-fe cápsulas (equiv. TAYTULLA)	-	1
noretindrona acetato/etinilestradiol FE comprimidos masticables (equiv. MINASTRIN)	-	1
noretindrona acetato/etinilestradiol comprimidos (equiv. LOESTRIN)	-	1
noretindrona/etinilestradiol FE comprimidos (equiv. LOESTRIN FE)	•	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
ANTICONCEPTIVOS cont.		
SAFYRAL COMPRIMIDOS	-	1
sprintec 28 comprimidos (equiv. ORTHO-CYCLEN)	-	1
ri-legest comprimidos (equiv. ESTROSTEP FE)	-	1
ri-sprintec comprimidos (equiv. ORTHO TRI-CYCLEN [LO])	-	1
TYBLUME COMPRIMIDOS	-	1
/ELIVET PAK	-	1
riorele comprimidos, kariva comprimidos (equiv. MIRCETTE)	-	1
vymzya FE COMPRIMIDOS (equiv. FEMCON FE)	-	1
BEYAZ COMPRIMIDOS	-	4
FAYTULLA CÁPSULAS	-	4
DESOGEN COMPRIMIDOS	-	NC
ESTROSTEP FE COMPRIMIDOS	-	NC
FALESSA KIT	-	NC
FEMCON FE COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
MINASTRIN COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	NC
MIRCETTE COMPRIMIDOS	-	NC
DRTHO TRI-CYCLEN (LO) COMPRIMIDOS	-	NC
DRTHO-CYCLEN COMPRIMIDOS	-	NC
DVCON 35 COMPRIMIDOS	-	NC
SEASONIQUE COMPRIMIDOS	-	NC
TRI-NORINYL COMPRIMIDOS	-	NC
YAZ COMPRIMIDOS, YASMIN 28 COMPRIMIDOS	-	NC
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - TRANSDÉRMICOS		
TWIRLA PARCHES	-	1
zafemy parches (equiv. XULANE)	-	1
ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS - VAGINALES		
ANNOVERA ANILLO (QL= 1 anillo/año)	QL	1
eluryng anillo vaginal (equiv. NUVARING)	-	1
NUVARING	-	NC
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU		
MIDUELLA, PARAGARD DIU	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA		
ELLA COMPRIMIDOS	-	1
evonorgestrel comprimidos (equiv. PLAN B)	OTC	1
PLAN B COMPRIMIDOS	OTC	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES		
NEXPLANON IMPLANTE	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES		·
DEPO-PROVERA SC INYECTABLE 104 MG (QL= 1 iny/90 días)	QL	1
	QL QL	1
medroxiprogesterona inyectable (equiv. DEPO-PROVERA) (QL= 1 iny./90 días)	- -	NC
DEPO-PROVERA INYECTABLE	•	INC
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU		
KYLEENA DIU	-	1
MIRENA DIU	-	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
ANTICONCEPTIVOS cont.		
SKYLA DIU	-	1
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA -		
ORALES		
noretindrona comprimidos (equiv. NORA-QD)	-	1
SLYND COMPRIMIDOS	-	1
NOR-QD COMPRIMIDOS	-	NC
OPILL COMPRIMIDOS	OTC	NC
CORTICOSTEROIDES		
GLUCOCORTICOSTEROIDES		
DEXAMETASONA CONCENTRADA	-	2
dexametasona elixir	-	2
dexametasona fosfato sódico inyectable	-	2
DEXAMETASONA SOLUCIÓN	-	2
DEXAMETASONA COMPRIMIDOS	-	2
dexametasona comprimidos (equiv. DECADRON)	-	2
hidrocortisona comprimidos (equiv. CORTEF)	-	2
metilprednisolona acetato inyectable (equiv. DEPO-MEDROL)	-	2
metilprednisolona paquete de dosis (equiv. MEDROL)	-	2
metilprednisolona comprimidos (equiv. MEDROL)	-	2
metilprednisolona succinato sódico inyectable (equiv. SOLU-MEDROL)	-	2
prednisolona solución	-	2
prednisolona solución (equiv. PEDIAPRED)	-	2
prednisona comprimidos (equiv. DELTASONE)	-	2
triamcinolona acetato inyectable (equiv. KENALOG)	-	2
budesonida SR cápsulas (equiv. ENTOCORT EC)	-	3
ACETATO DE CORTISONA COMPRIMIDOS	-	3
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg (equiv. SOLU-CORTEF) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	3
MEDROL COMPRIMIDOS	-	3
prednisolona ODT (equiv. ORAPRED)	_	3
PREDNISOLONA ODT COMPRIMIDOS	-	3
PREDNISONA SOLUCIÓN	-	3
SOLU-CORTEF INYECTABLE (QL= 1 vial/reposición)	QL	3
SOLU-CORTEF INYECTABLE 100 MG (QL= 2 viales/reposición)	QL	3
SOLU-MEDROL INYECTABLE 2 GM	-	3
budesonida ER comprimidos (QL= 1 comprimido/día)	PA-QL	4
DEPO-MEDROL INYECTABLE		4
DEPO-MEDROL INTECTABLE DEPO-MEDROL INTECTABLE, METILPREDNISOLONA ACETATO INYECTABLE	-	4
KENALOG INYECTABLE, METILFREDITISOLONA ACETATO INTECTABLE	-	4
KENALOG INTECTABLE KENALOG INTECTABLE, TRIAMCINOLONA ACE INTECTABLE	_	4
ORAPRED ODT COMPRIMIDOS		4
PREDNISOLONA SOLUCIÓN	-	4
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se		5
requiere autorización previa para miembros de más de 9 años) ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se	LD-PA-QL	5
requiere autorización previa para miembros de más de 9 años) KHINDIVI SOLUCIÓN (QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere	LD-PA-QL	5
autorización previa para miembros de 9 años en adelante) Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

NECONTEF COMPRIMIDOS	Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
NECONTER COMPRIMIDOS	CORTICOSTEROIDES Cont.		
CORTEC COMPRIMIDOS	AGAMREE SUSPENSIÓN	-	NC
Selfazacort suspensión (equiv. EMFLAZA)	ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC
Selazacort comprimidos (equiv. EMFLAZA)	CORTEF COMPRIMIDOS	-	NC
Inflazación comprimidos (equiv. EMFLAZA)	deflazacort suspensión (equiv. EMFLAZA)	-	NC
		-	NC
DEXPAR COMPRIMIDOS - NC DXEVOP AR NG E1 TIDIAS - NC EMFLAZA SUSPENSIÓN - NC EMFLAZA COMPRIMIDOS - NC COMULIA SUSPENSIÓN - NC LO-PERED SUSPENSIÓN - NC IDDOLOG KIT - NC MEDROL PAQUETE DE DOSIS - NC MEDROL COMPRIMIDOS - NC MILLIPRED DE PAK - NC MILLIPRED COMPRIMIDOS - NC ORAPRED SOLUCIÓN - NC ORAPRED SOLUMBRIMIDOS - NC ORAPRED SOLUCIÓN - NC ORAPRED SOLUMBRIMIDOS - NC SOLUMBRIMIDOS - NC SOLUMBRIMIDOS - NC SOLUMBRIMIDOS - NC		-	
DELO PAK DE 11 DÍAS	DEXPAK COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
MC MC MC MC	DXEVO PAK DE 11 DÍAS	-	NC
MC NC NC NC NC NC NC NC		-	
CECHILIA SUSPENSIÓN -		-	
FLO-PRED SUSPENSIÓN -		<u>-</u>	
MEDROL PAQUETE DE DOSIS			
MEDROL COMPRIMIDOS -		-	
MILLIPRED DP PAK		-	
MILLIPRED COMPRIMIDOS -		-	
DRAPRED SOLUCIÓN - NC DRTIKOS ER CAPSULAS - NC predinisona primidos (equiv. MILLIPRED) - NC predinisona paquete - NC PREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT - NC RAYOS COMPRIMIDOS - NC SOLU-MEDROL INYECTABLE - NC SOLU-MEDROL PE INYECTABLE - NC CTARPEYO CÁPSULAS - NC LUCERIS COMPRIMIDOS - NC MINERALOCORTICOIDES - NC MURIDADA CONTICOIDES - NC MATITUSIVOS - 2 Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) - 2 penzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) - 2 senzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) - 2 senzonatato cápsulas 150 mg (equiv. AYCODAN) - 2 senzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - </td <td></td> <td></td> <td></td>			
NC NC NC Orednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED) - NC NC NC Orednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED) - NC NC Orednisolona paquete - NC NC Orednisona paquete - NC NC OREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT - NC NC NC OREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT - NC NC NC OREDNISONA/DIFENHIDOS - NC NC OREDNISONA/DIFENHIDOS - NC NC OREDNISONA/DIFENHIDOS - NC NC OREDNISONA/DIFENHIDOS - OREDNISONA/DIFENHIDOS			
Perednisolona comprimidos (equiv. MILLIPRED)			
Prednisona paquete			
PREDNISONA/DIFENHIDRAMINA KIT - NC NC RAYOS COMPRIMIDOS - NC NC SOLU-MEDROL INYECTABLE - NC NC SOLU-MEDROL INYECTABLE - NC NC SOLU-MEDROL PF INYECTABLE - NC NC SOLU-MEDROL PF INYECTABLE - NC NC MINERALOCORTICOIDES - NC NC MINERALOCORTICOIDES - NC MINERALOCOR	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
RAYOS COMPRIMIDOS SOLU-MEDROL INYECTABLE SOLU-MEDROL INYECTABLE COLU-MEDROL PINYECTABLE SOLU-MEDROL PINYECTABLE PINYECTABLE SOLU		<u>-</u>	
SOLU-MEDROL INYECTABLE -		-	
SOLU-MEDROL PF INYECTABLE - NC		-	
TARPEYO CÁPSULAS - NC JOERIS COMPRIMIDOS - NC MINERALOCORTICOIDES Iludrocortisona comprimidos (equiv. FLORINEF) - 2 TOS/RESFRÍO/ALERGIA ANTITUSIVOS - 2 Derizonatato cápsulas (equiv. TESSALON) - 2 Derizonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) - 2 Derizonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) - 2 Designo comprimidos (equiv. HYCODAN) - 2 Designo comprimidos (equiv. HYCODAN) - 2 Designo comprimidos (equiv. HYCODAN) - 2 Designo comprimidos (equiv. HYCODAN) - NC Designo comprimidos (equiv. ZONATUSS) - NC Designo contato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC Designo contato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC Designo contato cápsulas (Equiv. ZONATUSS) - NC Designo contato cápsulas (Equiv. ZONATUSS) - NC Designo contato cápsulas (Equiv. ZONATUSS) - NC Designo comprimidos (equiv. HYCODAN) - NC Designo comprimidos (equiv. HYC		-	
MINERALOCORTICOIDES TUDE (Indicator Cortisona comprimidos (equiv. FLORINEF) TOS/RESFRÍO/ALERGIA ANTITUSIVOS Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatropina jarabe (equiv. HYCODAN) Denzonatro CÁPSULAS 150 MG Denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) TESSALON CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATO CÁPSULAS 150		-	
MINERALOCORTICOIDES Itudrocortisona comprimidos (equiv. FLORINEF) TOS/RESFRÍO/ALERGIA ANTITUSIVOS Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) Penzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) PENZONATATO CÁPSULAS 150 MG PENZONATATO CÁPSULAS 150 mg (equiv. ZONATUSS) PENZONATARO CÁPSULAS 150 mg (equiv. ZONATUSS) PESSALON JÁRABE COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / eposición) SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / eposición) SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE PROMETAZINA VC JARABE PROMETAZINA VC JARABE PROMETAZINA VC JARABE PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE RUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE		-	
TOS/RESFRÍO/ALERGIA ANTITUSIVOS Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatato cápsulas 150 MG Denzonatato cápsulas 150 MG Denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATUSS		-	NC
TOS/RESFRÍO/ALERGIA ANTITUSIVOS Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) - 2 Didrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN) - 2 DISCUSSIGON COMPITIMISTO CÁPSULAS 150 MG - NC DENZONATATO CÁPSULAS - NC DENZONATUSS) - NC DENZONATATO CÁPSULAS - NC DENZONATUSS) - NC DENZONATUSS - NC DENZONATUSS - NC DENZONATUSS - NC DENZONATUS - NC			
ANTITUSIVOS Denzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) Denzonatato cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatropina jarabe (equiv. HYCODAN) Denzonatro cápsulas (equiv. HYCODAN) Denzonatro cápsulas 150 MG Denzonatro cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG DENZONATATO CÁPSULAS 150 mg (equiv. ZONATUSS) DENZONATATO CÁPSULAS 150 mg (equiv. ZONATUS) DENZONATATO CÁPSULAS 15		-	2
penzonatato cápsulas (equiv. TESSALON) pidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN) pidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN) penzonatato cápsulas 150 MG penzonatato cápsulas 150 MG penzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) penzonatato cáp			
nidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN) - 2 BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG - NC DENZONATATO CÁPSULAS 150 MG (equiv. ZONATUSS) - NC DENZONATATO CÁPSULAS - NC DENZONATATOS/RESFRÍO/ALERGIA SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) - REPOSICIÓN jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) - COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) - COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA SUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) - COTC-QL 2 reposición - NC	ANTITUSIVOS		
Russigon comprimidos (equiv. HYCODAN) BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG Denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC HYCODAN JARABE - NC TESSALON CÁPSULAS COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA SUBJENICA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / Preposición) Gualfenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) Gualfenesina/Codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE	benzonatato cápsulas (equiv. TESSALON)	-	2
BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG Denzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC HYCODAN JARABE - NC TESSALON CÁPSULAS COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / Preposición) Guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) Guaifenesina/DM jarabe PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	hidrocodona/homatropina jarabe (equiv. HYCODAN)	-	2
penzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS) - NC HYCODAN JARABE TESSALON CÁPSULAS - NC COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / Preposición) Guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) Guaifenesina/DM jarabe PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	tussigon comprimidos (equiv. HYCODAN)	-	2
HYCODAN JARABE FESSALON CÁPSULAS COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / Preposición) guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) PROMETAZINA VC JARABE FROMETAZINA VC JARABE PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	BENZONATATO CÁPSULAS 150 MG	-	NC
HYCODAN JARABE FESSALON CÁPSULAS COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / Preposición) guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) PROMETAZINA VC JARABE FROMETAZINA VC JARABE PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	benzonatato cápsulas 150 mg (equiv. ZONATUSS)	-	NC
COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) OTC-QL 2 prometazina DM jarabe - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	HYCODAN JARABE	-	NC
COMBINACIONES CONTRA TOS/RESFRÍO/ALERGIA GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) OTC-QL 2 prometazina DM jarabe - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	TESSALON CÁPSULAS	-	NC
GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml / reposición) guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) orometazina DM jarabe PROMETAZINA VC JARABE - 2 orometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2			
guaifenesina/codeína jarabe (equiv. TUSSI-ORGANIDIN-S) (QL= 240ml/reposición) OTC-QL 2 prometazina DM jarabe PROMETAZINA VC JARABE - 2 prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	GUAIFENESINA/CODEÍNA JARABE (QL = 240ml /	OTC-QL	2
prometazina DM jarabe - 2 PROMETAZINA VC JARABE - 2 prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	reposición)	0.70.01	
PROMETAZINA VC JARABE - 2 prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC) - 2 PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2		OTC-QL	
PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2	·	-	
PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE - 2		-	
	prometazina VC jarabe (equiv. PHENERGAN VC)	-	
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos	PROMETAZINA VC/CODEÍNA JARABE	-	2
Santa que se manque le sentrano, de dabren tedad las denocintaciones y formas de los productes chamiciades en la lista de medicalitentes.	Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medic	amentos.	

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Ollilla actualizacion 9/11/2025		Código especial	Niv
Nombre	-	OS/RESFRÍO/ALERGIA Cont	4	Oodigo especial	INIV
and the second s			ι.		2
prometazina VC/codeína jarabe (equiv. PHENE				-	2
prometazina/codeína jarabe (equiv. PHENERG				-	
HYD POL/CPM SUSPENSIÓN (QL= 120 ml/re			(00 . 1/)	QL	4
nidrocodona/clorfeniramina CR suspensión (eq			,	QL	-
nidrocodona/clorfeniramina/pseudoefedrina líqu	ılda (equiv. Z	.UTRIPRO) (QL= 120 ml/reposicion, 2 repo	osiciones/30	días) QL	4
SEMPREX-D CÁPSULAS				-	EXC
BROVEX PEB LÍQUIDO				OTC	NC
CLARINEX-D COMPRIMIDOS	 .			-	NC
guaifenesina-DM líquido oral (equiv. ROBITUS	SIN)			-	NC
HYCOFENIX SOLUCIÓN				-	NC
LÍQUIDO PARA TOS INTENSA					NC
ohist líquido (equiv. DECON-A)				OTC	NC
MUCINEX LÍQUIDO				-	NC
POLY-TUSSIN DM JARABE				-	NC
TUSSICAPS				-	NC
TUXARIN ER COMPRIMIDOS				-	NC
TUZISTRA XR SUSPENSIÓN				-	NC
ZUTRIPRO LÍQUIDO				-	NC
EXPECTORANTES					
yoduro de potasio solución oral (equiv. SSKI)				-	3
SSKI SOLUCIÓN ORAL				-	4
GUAIFENESINA JARABE				-	NC
guaifenesina comprimidos (equiv. ALLFEN JR)				_	NC
MUCINEX COMPRIMIDOS				-	NC
MISC. INHALANTES RESPIRATOR	ins				110
		\ \			2
cloruro de sodio solución para nebulizar (equiv	HYPER-SAI	L)			
HYPER-SAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR				-	NC
NEBUSAL SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR				-	NC
MUCOLÍTICOS					
acetilcisteína solución (equiv. MUCOMYST)		<u>.</u>		-	2
		DERMATOLÓGICOS			
PRODUCTOS PARA EL ACNÉ					
clindamicina gel (equiv. CLEOCIN GEL)				-	2
clindamicina loción (equiv. CLEOCIN- T)				-	2
clindamicina toallitas (equiv. CLEOCIN- T)				-	2
clindamicina solución tópica (equiv. CLEOCIN-T)				-	2
eritromicina gel				<u>-</u>	2
eritromicina toallitas				-	2
eritromicina solución				<u>-</u>	2
	Co requiere a	ultorización provia para miombros do 25 años or	a adalanta)		
adapaleno crema (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné	•		•	PA DA	3
adapaleno gel (equiv. DIFFERIN) (Solo para acné - S	'	inzación previa para miembros de 35 años en ac	delante)	PA	
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.1-2.5% (equiv.	•			-	3
adapaleno/peróxido de benzoílo gel 0.3-2.5% (equiv.				-	3
amnesteem cápsulas, claravis cápsulas, isotretinoína		risan cápsulas, zenatane cápsulas (equiv. ACCL	J (ANE)	-	3
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZA	JLIN)			-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas	las concentracio	ones y formas de los productos enumerados en la lis	sta de medicam	nentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas	N	IARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo					
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada		istribución limitada e venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad		estricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo		erapia escalonada	
primeros 3 meses	4	DVCENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
DERMATOLÓGICOS Cont.		<u> </u>
clindamicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. DUAC GEL)	-	3
ERY TOALLITAS	-	3
eritromicina/peróxido de benzoílo gel (equiv. BENZAMYCIN)	-	3
PRASCION RA CREMA	-	3
sulfacetamida de sodio loción (equiv. KLARON)	-	3
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 10-5% (equiv. SUMAXIN)	-	3
sulfacetamida sódica/azufre limpiador 9-4.5% (equiv. SUMADAN WASH)	-	3
tretinoína crema (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
tretinoína gel (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
adapaleno gel (equiv. RETIN-A GEL) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
retinoína gel 0.08% (equiv. RETIN-A MICRO) (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.04% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
TRETINOÍNA BOMBA DE GEL CON MICROESFERAS 0.1% (Solo para acné - Se requiere autorización previa para miembros de 35 años en adelante)	PA	3
ABSORICA CÁPSULAS	-	NC
ABSORICA LD CÁPSULAS	-	NC
ACZONE GEL	-	NC
ADAPALENO SOLUCIÓN	-	NC
ADAPALENO LOCIÓN	-	NC
ADAPALENO/PERÓXIDO DE BENZOÍLO TOALLITAS	-	NC
AKLIEF CREMA	-	NC
ALTRENO LOCIÓN	-	NC
AMZEEQ ESPUMA	-	NC
ARAZLO LOCIÓN	-	NC
ATRALIN GEL, RETIN-A GEL	-	NC
AVAR AEROSOL ESPUMA	-	NC
AVAR GEL	-	NC
AVAR TOALLITAS	-	NC
AVAR-E LS CREMA 10-2%	-	NC
AZELEX CREMA	-	NC
BENZAC WASH	-	NC
BENZACLIN GEL	-	NC
BENZAMYCIN GEL	-	NC
BENZAMYCIN GEL PACK	-	NC
PERÓXIDO DE BENZOÍLO CREMA	OTC	NC
PERÓXIDO DE BENZOÍLO/HIDROCORTISONA LOCIÓN	-	NC
peróxido de benzoílo/hidrocortisona loción (equiv. VANOXIDE-HC)	-	NC
CABTREO GEL	-	NC
CLARIFOAM EF ESPUMA	-	NC
CLENIA PLUS SUSPENSIÓN	-	NC
CLEOCIN-T GEL	-	NC
CLEOCIN-T LOCIÓN	-	NC
CLEOCIN-T TOALLITAS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
DERMATOLÓGICOS Cont.		
CLEOCIN-T SOLUCIÓN	-	NC
CLINDACIN KIT	-	NC
clindamicina espuma (equiv. EVOCLIN)	-	NC
clindamicina fosfato-peróxido de benzoílo gel 1.2- 3.75% (equiv. ONEXTON)	-	NC
clindamicina/tretinoína gel (equiv. ZIANA)	-	NC
CLINDAVIX KIT	-	NC
dapsona gel (equiv. ACZONE)	-	NC
DIFFERIN CREMA	-	NC
DIFFERIN GEL	-	NC
DIFFERIN LOCIÓN	-	NC
DUAC GEL	-	NC
EPIDUO GEL 0.1-2.5 %	-	NC
EPSOLAY CREMA	-	NC
EVOCLIN ESPUMA	-	NC
FABIOR AEROSOL ESPUMA	-	NC
isotretinoína cápsulas 25 mg (equiv. BSORICA)	-	NC
isotretinoína cápsulas 35mg (equiv. BSORICA)	-	NC
KLARON LOCIÓN	-	NC
NUCARACLINPA KIT	-	NC
NUCARARXPAK KIT	-	NC
PLEXION CREMA 9.8-4.8%	-	NC
PLEXION LOCIÓN	-	NC
RETIN-A CREMA	-	NC
RETIN-A MICRO GEL 0.04 %; 0.1 %	<u>.</u>	NC
RETIN-A MICRO GEL 0.08%; 0.06%	<u>-</u>	NC
RETIN-A MICRO GEL, RETIN-A MICRO BOMBA DE GEL	<u>.</u>	NC
ROSULA EMULSIÓN	-	NC
ROSULA GEL	-	NC
SULFACETAMIDA SÓDICA/AZUFRE CREMA 10-2%	-	NC
SULFACETAMIDA DE SODIO/A/ZUFRE EMULSIÓN	_	NC
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSAC ENJUAGUE)	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre emulsión (equiv. ROSULA)	<u>.</u>	NC
sulfacetamida sódica/azufre emulsión 10-1% (equiv. ROSAC WASH)	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre emaisión 10-1/0 (equiv. 1000AC WASH)	_	NC
sulfacetamida de sodio/azufre espuria (equiv. CEART OAN EL)		NC
sulfacetamida de sodio/azufre loción (equiv. SULFACET R)	_	NC
sulfacetamida de sodio/azufre tocion (equiv. OCETAGET N) sulfacetamida de sodio/azufre toallitas (equiv. PLEXION TOALLITAS DE LIMPIEZA)	-	NC
SULFACETAMIDA DE SODIO/SUSPENSIÓN DE AZUFRE	- -	NC
	-	NC
sulfacetamida de sodio/azufre suspensión (equiv. SUMAXIN) sulfacetamida de sodio/azufre enjuague (equiv. SUMAXIN)		NC
		NC
sulfacetamida de sodio/filtro solar kit (equiv. SUMADEN XLT)	-	NC
sulfato de sodio/azufre crema 10-5% (equiv. PLEXION SCT)	-	NC
SUMADAN LIMPIADOR 9-4.5%	-	
SUMADEN XLT KIT	-	NC
SUMAXIN LIMPIADOR	-	NC NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Oitima actualizacion" 9/11/2025	0/-11	
Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
DERMATOLÓGICOS Cont.		
TWYNEO CREMA	-	NC
VINLEVI CREMA	-	NC
ZIANA GEL	-	NC
AGENTES CONTRA LAS VERRUGAS GENITALES Y PERIANALES EXTERNAS		
VEREGEN POMADA	-	NC
AGENTES PARA ARRUGAS/LIPOATROFIA/OTROS USOS ESTÉTICOS		
RENOVA CREMA	-	EXC
(YBELLA INYECTABLE	-	NC
ANALGÉSICOS - USO TÓPICO		
BACLOFENO KIT COMPUESTO EN CREMA	-	NC
FRAMADOL KIT COMPUESTO	-	NC
ANTIBIÓTICOS - USO TÓPICO		
		2
sulfato de gentamicina crema	-	
sulfato de gentamicina pomada	-	2
nupirocina pomada (equiv. BACTROBAN POMADA)	-	2
CENTANY POMADA	-	4
CORTISPORIN CREMA	-	4
CORTISPORIN POMADA	-	4
ALTABAX POMADA	-	NC
BACTROBAN CREMA	-	NC
nupirocina crema (equiv. BACTROBAN)	-	NC
NEO-SYNALAR CREMA	-	NC
KEPI CREMA	-	NC
ANTIFÚNGICOS - USO TÓPICO		
ciclopirox crema (equiv. LOPROX CREAM)	-	2
ciclopirox gel (equiv. LOPROX GEL)	-	2
ciclopirox solución para uñas (equiv. PENLAC)	-	2
iclopirox suspensión tópica (equiv. LOPROX SUSPENSIÓN)	-	2
elotrimazol/betametasona crema (equiv. LORTRISONE CREMA)	-	2
conazol crema (equiv. SPECTAZOLE)	-	2
etoconazol crema (equiv. NIZORAL CREMA)	-	2
tetoconazol shampoo (equiv. NIZORAL SHAMPOO)	-	2
istatina crema (equiv. MYCOSTATIN CREMA)	-	2
istatina pomada	-	2
sistatina polvo tópico	-	2
istatina/triamcinolona crema	-	2
istatina/triamcinolona pomada	-	2
iclopirox shampoo (equiv. LOPROX SHAMPOO)	-	3
avaborol solución (equiv. KERYDIN) (QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para uñas de iclopirox y erbinafina comprimidos)	QL-ST	3
EXELDERM SOLUCIÓN	-	4
MENTAX CREMA	-	4
naftifina crema (equiv. NAFTIN)	-	4
itrato de oxiconazol crema (equiv. OXISTAT)	-	4
ALCORTIN A GEL	-	NC
Jota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

VAC

Programa de vacunación

Nombre				Codigo especial	NIVE
		DERMATOLÓGICOS Cont.			
ALOQUIN GEL					NC
clotrimazol crema (equiv. LOTRIMIN AF)				ОТС	NC
CLOTRIMAZOL/BETAMETASONA LOCIÓN				-	NC
clotrimazol/betametasona loción (equiv. LOTRISO	NE LOCI	ÓN)		-	NC
ECONASIL KIT				-	NC
ECOZA ESPUMA				-	NC
ERTACZO CREMA				-	NC
EXELDERM CREMA, SULCONAZOL CREMA				-	NC
EXELDERM SOLUCIÓN, SULCONAZOL SOLUCI	ÓN			-	NC
HIXDEFRIMA SOLUCIÓN				-	NC
odoquinol/hidrocortisona crema 1% (equiv. VYTO	NE)			-	NC
odoquinol/hidrocortisona crema 1.9-1% (equiv. V	YTONE)			-	NC
odoquinol/hidrocortisona/polisacárido del aloe gel	l (equiv. A	LCORTIN A)		-	NC
IUBLIA SOLUCIÓN				-	NC
KERYDIN SOLUCIÓN				-	NC
LOPROX CREMA				-	NC
LOPROX SHAMPOO				-	NC
OTRIMIN AF CREMA				-	NC
OTRISONE CREMA				-	NC
ULICONAZOLE CREMA, LUZU CREMA				-	NC
NAFTIFINA CREMA				-	NC
naftifina hcl gel 2% (equiv. NAFTIN)				-	NC
NAFTIN GEL 2%				<u>-</u>	NC
NIZORAL SHAMPOO				_	NC
NYATA KIT				<u>-</u>	NC
DNYCHO-MED KIT					NC
DXISTAT CREMA				<u>.</u>	NC
DXISTAT CICEMA					NC
PEDIZOLPAK PAQUETE DE TERAPIA				_	NC
PENLAC SOLUCIÓN				- -	NC
/YTONE CREMA 1.9-1%				-	NC
VOLEGEL				-	NC
				-	NC
ZOLPAK KIT	00 TÁ:	200		-	NC
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - U				-	-
liclofenaco gel 1% (equiv. VOLTAREN) (QL= 5 po	•	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		QL	2
liclofenaco solución 1.5% (equiv. PENNSAID) (QL	_= 3 frasc	os/reposición)		QL	3
OLTAREN GEL				OTC	EXC
DICLOFENACO PARCHES, FLECTOR PARCHES	3			-	NC
liclofenaco sódico kit de gel (equiv. VENNGEL)				-	NC
DICLONA GEL				-	NC
DICLOTREX PAQUETE				-	NC
GABAPENTINA/NAPROXENO CREMA KIT COMI	PUESTO			-	NC
NFLAMMA-K KIT				-	NC
ICART PARCHES				-	NC
NAPROXEN CREMA KIT COMPUESTO				-	NC
PENNSAID SOLUCIÓN				-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las d	concentracio	ones y formas de los productos enumerados en la	lista de med	dicamentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
VAC Programa de vacumación	_	D _V CENTS			

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
DERMATOLÓGICOS Cont.		
PROFINAC PAK	-	NC
REXAPHENAC CREMA	-	NC
/AROPHEN KIT	-	NC
/ENNGEL ONE KIT	-	NC
/OPAC 5 CREMA	-	NC
/OPAC CREMA	-	NC
VOPAC GB CREMA	-	NC
XRYLIX PAK	-	NC
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS O CONTRA LESIONES PRECANCEROSAS - USO TÓPI	ICO	
pexaroteno gel (equiv. TARGRETIN)	MSP-PA	2
luorouracilo crema (equiv. EFUDEX CREMA)	-	2
CARAC CREMA	-	3
diclofenaco gel (equiv. SOLARAZE) (QL = 300 gm/30 días)	PA-QL	3
FLUOROURACILO SOLUCIÓN	-	3
fluorouracilo solución (equiv. FLUOROURACILO)	-	3
FLUOROURACILO CREMA 0.5 %	-	4
PICATO GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	4
VALCHLOR GEL (QL= 4 pomos/30 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
CARAC CREMA		NC
EFUDEX CREMA	-	NC
FLUORAC CREMA	_	NC
KLISYRI POMADA	-	NC
PANRETIN GEL	_	NC
ROAOXIA GEL		NC
SOLARAVIX PAK	<u>_</u>	NC
TARGRETIN GEL	-	NC
ANTIPRURIGINOSOS - USO TÓPICO	-	110
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	PA	4
DOXEPIN HCL CREMA	-	NC
ANTIPSORIÁSICOS		140
acitretina cápsulas (equiv. SORIATANE)	_	3
calcipotrieno crema (equiv. DOVONEX CREMA)	-	3
calcipotrieno pomada	_	3
CALCIPOTRIENE SOLUCIÓN	-	3
calcipotrieno solución (equiv. DOVONEX SOLUCIÓN)	_	3
METHOXSALEN CÁPSULAS	_	3
netoxsaleno cápsulas (equiv. OXSORALEN ULTRA)	_	3
CALCITRIOL POMADA		4
DRITHO-SCALP CREMA	_	4
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML (QL= 1 iny./84 días)	MSP-PA-QL	5
FALTZ INY. (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	MSP-PA-QL	5
FALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML (QL= 1 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
FALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML (QL= 1 iny./28 días)		NC
BIMZELX INYECTABLE	-	
calcipotrieno crema (equiv. TRIONEX)	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

	Oitima actualización 3/11/2023		
Nombre		<u>Código especial</u>	<u>Nivel</u>
	DERMATOLÓGICOS Cont.		
CALCIPOTRIENO ESPUMA		-	NC
CALCIPOTRIENO ESPUMA, SORILUX ESPUMA		-	NC
CALSODORE PAK		-	NC
COSENTYX INY. (1 PAQUETE)		-	NC
COSENTYX INY. (2 PAQUETES)		-	NC
COSENTYX INYECTABLE 300 MG/2 ML		-	NC
COSENTYX UNO INYECTABLE		-	NC
DOVONEX CREMA		-	NC
IMULDOSA JERINGA		-	NC
NUDERMRXPAK PAQUETE		-	NC
OTULFI JERINGA		-	NC
OXSORALEN ULTRA CÁPSULAS		-	NC
PYZCHIVA INYECTABLE		-	NC
SELARSDI INYECTABLE		-	NC
SILIQ INYECTABLE		-	NC
SORIATANE CÁPSULAS		-	NC
SOTYKTU COMPRIMIDOS		-	NC
SPEVIGO INYECTABLE		-	NC
STELARA INYECTABLE		-	NC
STEQEYMA INYECTABLE		-	NC
STEQEYMA INYECTABLE 90 MG		-	NC
tazaroteno crema 0.1% (equiv. TAZORAC)		-	NC
tazaroteno gel (equiv. TAZORAC)			NC
TAZORAC CREMA		_	NC
TAZORAC GEL		-	NC
TREMFYA INYECTABLE		-	NC
TRIONEX PAK		_	NC
USTEKINUMAB INYECTABLE			NC
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML		-	NC
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML		-	NC
VECTICAL POMADA		-	NC
VTAMA CREMA			NC
WEZLANA INYECTABLE		- -	NC
WEZLANA INTECTABLE WEZLANA JERINGA			NC
			NC
YESINTEK INYECTABLE		•	NC
YESINTEK JERINGA 00 MC		-	
YESINTEK JERINGA 90 MG		•	NC
PRODUCTOS ANTISEBORREICOS			
selenio sulfuro loción 2.5% (equiv. SELSUN)		-	2
sulfuro de selenio shampoo (equiv. SELSEB)		-	3
ESKATA SOLUCIÓN		-	NC
OVACE PLUS CREMA		-	NC
OVACE PLUS GEL		-	NC
OVACE PLUS LOCIÓN		-	NC
OVACE PLUS SHAMPOO		-	NC
OVACE PLUS ESPUMA		-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las conce	ntraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
М	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
DERMATOLÓGICOS Cont.		
OVACE ENJUAGUE	-	NC
PROMISEB CREMA	-	NC
sulfuro de selenio shampoo 2.3 % (equiv. SELRX)	-	NC
SELRX SHAMPOO 2.3%	-	NC
sulfacetamida sódica gel (equiv. OVACE)	-	NC
sulfacetamida de sodio shampoo (equiv. OVACE)	-	NC
sulfacetamida de sodio enjuague (equiv. OVACE ENJUAGUE)	-	NC
ANTIVIRALES - USO TÓPICO		
aciclovir pomada (equiv. ZOVIRAX)	-	2
ZOVIRAX POMADA	-	4
aciclovir crema (equiv. ZOVIRAX)	-	NC
DENAVIR CREMA	-	NC
penciclovir crema (equiv. DENAVIR)	-	NC
XERESE CREMA	-	NC
ZELSUVMI GEL	-	NC
ZOVIRAX CREMA	-	NC
PRODUCTOS PARA LAS QUEMADURAS		
sulfadiazina de plata crema (equiv. SILVADENE CREMA)	-	2
SULFAMYLON CREMA	-	3
MAFENIDA ACETATO PAQUETE DE SOLUCIÓN	-	NC
SILVADENE CREMA	-	NC
SULFAMYLON PACK	-	NC
CORTICOSTEROIDES - USO TÓPICO		
BETAMETASONA VALERATO LOCIÓN	-	2
petametasona aumentada crema (equiv. DIPROLENE AF CREMA)	-	2
petametasona aumentada pomada (equiv. DIPROLENE POMADA)	-	2
petametasona dipropionato crema (equiv. DIPROSONE CREMA)	-	2
petametasona dipropionato loción	-	2
petametasona valerato crema	-	2
petametasona valerato loción	-	2
petametasona valerato pomada	-	2
propionato de clobetasol crema (equiv. TEMOVATE)	-	2
propionato de clobetasol pomada (equiv. TEMOVATE)	-	2
propionato de clobetasol solución (equiv. TEMOVATE)	-	2
acetónido de fluocinolona crema	-	2
acetónido de fluocinolona pomada	-	2
acetónido de fluocinolona solución	-	2
iluocinonida crema 0.05% (equiv. LIDEX)	-	2
luocinonida crema 0.1% (equiv. VANOS CREMA)	-	2
iluocinonida crema emoliente	-	2
luocinonida gel	-	2
luocinonida pomada	-	2
luocinonida solución	-	2
propionato de fluticasona crema (equiv. CUTIVATE)	-	2
propionato de fluticasona pomada (equiv. CUTIVATE)	•	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
DERMATOLÓGICOS Cont.		14140
hidrocortisona crema (equiv. PROCTOCORT)	• -	2
hidrocortisona loción (equiv. HYTONE)	-	2
HIDROCORTISONA LOCIÓN 2.5%	<u>-</u>	2
hidrocortisona pomada	-	2
mometasona crema (equiv. ELOCON)	<u>.</u>	2
mometasona pomada (equiv. ELOCON)	-	2
mometasona solución (equiv. ELOCON)	.	2
triamcinolona crema	-	2
triamcinolona loción	<u>.</u>	2
triamcinolona pomada	-	2
alclometasona crema (equiv. ACLOVATE)	<u>-</u>	3
ALCLOMETASONA POMADA	-	3
alclometasona pomada (equiv. ACLOVATE POMADA)		3
BETAMETASONA AUMENTADA GEL	-	3
betametasona aumentada loción (equiv. DIPROLENE LOCIÓN)	-	3
betametasona dipropionato pomada (equiv. DIPROSONE POMADA)	-	3
clobetasol espuma (equiv. OLUX)	-	3
clobetasol loción (equiv. CLOBEX)	-	3
propionato de clobetasol crema emoliente (equiv. TEMOVATE E)	-	3
propionato de clobetasol gel (equiv. TEMOVATE GEL)	-	3
clobetasol shampoo (equiv. CLOBEX)	-	3
clobetasol spray (equiv. CLOBEX)	-	3
clocortolona pivalato crema (QL= 90 g/30 días)	QL	3
DERMA-SMOOTH/FS ACEITE	-	3
desonide crema (equiv. DESOWEN)	-	3
desonide pomada	-	3
desoximetasona crema (equiv. TOPICORT CREMA)	-	3
desoximetasona pomada (equiv. TOPICORT)	-	3
EPIFOAM AEROSOL	-	3
acetónido de fluocinolona aceite (equiv. DERMA-SMOOTH/FS)	-	3
nalobetasol propionato crema (equiv. ULTRAVATE)	-	3
halobetasol propionato pomada (equiv. ULTRAVATE)	-	3
PREDNICARBATO CREMA	-	3
PREDNICARBATO POMADA	<u>-</u>	3
AMCINONIDA LOCIÓN	-	4
CORDRAN TIRAS	-	4
NUCORT LOCIÓN ,	<u>-</u>	4
ALA-SCALP LOCIÓN	-	NC
AMCINONIDA CREMA 0.1%	-	NC
AMCINONIDA POMADA	•	NC
APEXICON E CREMA (equiv. PSORCON E)	-	NC
BESER KIT 0.05%	-	NC
petametasona aumentada gel	<u>-</u>	NC
petametasona valerato espuma (equiv. LUXIQ ESPUMA)	•	NC
BRYHALI LOCIÓN	-	NC
calcipotrieno/betametasona dipropionato suspensión	•	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
calcipotrieno/betametasona pomada (equiv. TACLONEX)	-	NC
CAPEX SHAMPOO	-	NC
clobetasol E espuma (equiv. OLUX E)	-	NC
CLOTRIMAZOL PROPIONATO CREMA, IMPOYZ CREMA	-	NC
CLOBETAVIX KIT	-	NC
CLOBEX LOCIÓN	-	NC
CLOBEX SHAMPOO	-	NC
CLOBEX SPRAY	-	NC
CLOCORTOLONA CREMA	-	NC
CLODERM CREMA	-	NC
CORDRAN CREMA	-	NC
CORDRAN CREMA 0.025%	-	NC
CORDRAN LOCIÓN	-	NC
CORDRAN POMADA	-	NC
CUTIVATE LOCIÓN	-	NC
DERMACINRX KIT	-	NC
DESONATE GEL	-	NC
desonide gel	-	NC
desonide loción	-	NC
DESOWEN CREMA	-	NC
DESOWEN CREMA KIT	-	NC
DESOWEN LOCIÓN	-	NC
DESOWEN LOCIÓN KIT	<u>-</u>	NC
DESOWEN POMADA	-	NC
DESOWEN POMADA KIT	-	NC
desoximetasona crema 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC
DESOXIMETASONA GEL	-	NC
desoximetasona pomada 0.05% (equiv. TOPICORT)	-	NC
DIFLORASONA CREMA, PSORCON CREMA	_	NC
diflorasona pomada	-	NC
DIPROLENE AF CREMA	_	NC
DIPROLENE POMADA	-	NC
DUOBRII LOCIÓN	_	NC
ELOCON CREMA	-	NC
ELOCON POMADA	_	NC
ENSTILAR ESPUMA		NC
FLUOPAR KIT	<u> </u>	NC
FLUOVIX PAK	-	NC
FLURANDRENOL LOCIÓN		NC
lurandrenolida crema (equiv. CORDRAN)	- -	NC
iurandrenolida crema (equiv. CORDRAN) iurandrenolida pomada (equiv. CORDRAN)	<u>-</u>	NC
FLUTICASONA LOCIÓN	- -	NC
		NC
propionato de fluticasona loción (equiv. CUTIVATE)	-	
halcinónido crema (equiv. HALOG)	-	NC
HALOBETASOL AEROSOL	-	NC
halobetasol propionato espuma (equiv. LEXETTE)	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre Oitima actualizacion ^a 9/11/2025	Código especial	Nivel
DERMATOLÓGICOS Con		141401
HALOG CREMA	. <u>.</u>	NC
HALOG POMADA	<u>.</u>	NC
HALOG SOLUCIÓN	<u>.</u>	NC
halonate pac kit (equiv. ULTRAVATE KIT)	- -	NC
HC BUTIRATO CREMA	<u>-</u>	NC
HC BUTIRATO SOLUCIÓN	-	NC
HC PRAMOXINA CREMA 1-2.5%	<u>.</u>	NC
HC/PRAMOXINA CREMA 1-2.35%		NC
HC-LIDOCAÍNA CREMA	<u>.</u>	NC
hidrocortisona butirato crema (equiv. LOCOID)	-	NC
HIDROCORTISONA BUTIRATO LIPÍDICA CREMA	<u>-</u>	NC
	-	NC
hidrocortisona butirato lipocrema (equiv. LOCOID) HIDROCORTISONA BUTIRATO POMADA	<u>-</u>	NC
	- -	NC
hidrocortisona butirato pomada (equiv. LOCOID)	<u>.</u>	NC
hidrocortisona butirato solución (equiv. LOCOID)	- -	NC
hidrocortisona loción (equiv. LOCOID)		NC
hidrocortisona loción 2% (equiv. ALA SCALP)	-	
HIDROCORTISONA PAQUETE	-	NC NC
hidrocortisona valerato crema	-	NC NC
hidrocortisona valerato pomada (equiv. WESTCORT)	•	
hidrocortisona/pramoxina crema 2.5-1% (equiv. PRAMOSONE)	-	NC
HYDROXYM GEL	-	NC
IMPEKLO LOCIÓN	-	NC
IMPOYZ CREMA	-	NC
KENALOG SPRAY	<u>-</u>	NC
LOCOID CREMA	-	NC
LOCOID LIPOCREMA	-	NC
LOCOID LOCIÓN	-	NC
LOCOID POMADA	-	NC
LOCOID SOLUCIÓN	-	NC
LUXIQ ESPUMA	-	NC
MEXPAROX HC CREMA	-	NC
MICORT-HC CREMA	-	NC
NOVACORT GEL	-	NC
OLUX E ESPUMA	-	NC
OLUX ESPUMA	-	NC
PANDEL CREMA	-	NC
paramox hc gel (equiv. NOVACORT GEL)	-	NC
PRAMOSONE CREMA 1%	-	NC
PRAMOSONE CREMA 2.5-1%	•	NC
PRAMOSONE E CREMA	-	NC
PRAMOSONE LOCIÓN	-	NC
PRAMOSONE POMADA	-	NC
PROCTOCORT CREMA	•	NC
QUINIXIL PAK	-	NC
QUINOSONA KIT	•	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

DERMATOLÓGICOS Cont.	Nombre	Oitima actualización 9/11/2025	Cádigo conceial	Niisaa
SERNIVO SPRAY - NC ITACLONEX POMADA - NC TASCORDOL KIT CREMA - NC TASCORDOL KIT CREMA - NC TEMOVATE FOMADA - NC TEMACORT SOLUCIÓN - NC TOPICORT GEL - NC TOPICORT GEL - NC TOPICORT FOMADA - NC TOPICORT FOMADA - NC TOPICORT FOMADA - NC TOPICORT FOMADA - NC TOVET KIT - NC TIRIANCINOLONA SPRAY - NC TIRIANCEX KIT - NC TIRIANEX FOMADA - NC TIRIANEX FOMADA - NC TIRIANEX FOMADA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC WESTEGSS ESPUMA <th>Nombre</th> <th>DEDMATOLÓGICOS Ot</th> <th><u>Código especial</u></th> <th>Nive</th>	Nombre	DEDMATOLÓGICOS Ot	<u>Código especial</u>	Nive
SILALITE PAQUETE MIS		DERMATOLOGICOS Cont.		NO
TACLONEX POMADA			-	
TASOPROL KIT CREMA				
TEMOVATE CREMA - NC TEMOVATE POMADA - NC CIENACORT SOLUCIÓN - NC TOPICORT CREMA - NC TOPICORT GEL - NC TOPICORT POMADA - NC TOVET KIT - NC Italiamieniono ascelónido pomada (equiv. TRIANEX) - NC TRIANICIOLONA SPRAY - NC TRIANICIOLONA SPRAY - NC TRIANICE STATIAMIENTO - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC VERDESO ES EPUMA - NC WERDESO ES EPUMA <td< td=""><td></td><td></td><td>-</td><td></td></td<>			-	
TEMOVATE POMADA - NC TEXACORT SOLUCIÓN - NC TOPICORT GERMA - NC TOPICORT GEL - NC TOPICORT POMADA - NC TOVET KIT - NC TICHAMORIOLONA SPRAY - NC TICHAMORIOLONA SPRAY - NC TICHAMORIA CRIMA GERMA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC VERDESO ESPUMA - NC VERDESO ESPUMA - NC VERDESO ESPUMA - NC VERDESO ESPUMA - NC VERDESO ESPUMA (GL = 1 tubosíano) MSP-PA-QL <t< td=""><td></td><td></td><td>-</td><td></td></t<>			-	
TEXACORT SOLUCIÓN - NC TOPICORT CREMA - NC TOPICORT GEL - NC TOPICORT POMADA - NC TOVET KIT - NC Litimacinolona acetónido pomada (equiv. TRIANEX) - NC TRIANCINOLONA SPRAY - NC TRIANEX POMADA - NC TRILANEX POMADA - NC TRILANEX POMADA - NC TRILANEX POMADA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE POMADA - NC WERTOCRSO ESPUMA - NC WERTOCRSO ESPUMA - NC WERTOCRS TOMADA - NC ANTIECCEMATOSOS NC DPZEL			-	
TOPICORT CREMA			-	
TOPICORT GELT			-	
TOPICORT POMADA - NC TOVET KIT - NC NC TITICH KIT - NC NC TIRIAMICNO - NC NC NC TIRIAMICNO - NC NC NC TIRIAMICNO - NC NC NC NC NC NC NC			-	
NC NC NC NC NC NC NC NC			-	
Inflame	TOPICORT POMADA		-	
TRIAMCINOLONA SPRAY - NC triamcinolona spray (equiv. KENALOG) - NC TRIAMEX POMADA - NC TRILOCICLO KIT - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE COCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC MESTCORT POMADA - NC DEPZELURA CREMA (QL = 1 tubus'asia) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL = 2 iny./28 dias) MSP-PA-QL <td>TOVET KIT</td> <td></td> <td>-</td> <td></td>	TOVET KIT		-	
Inflamedinolona spray (equiv. KENALOG) - NC TRILAMEX POMADA - NC TRILAMEX POMADA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POR KIT - NC VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WESTCORT POMADA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS - NC DPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PAQL 4 ADBRY INY. (QL- 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS SPLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS SPLUMA INYECTABLE (QL=	triamcinolona acetónido pomada (equiv. TRIANEX)		-	NC
TRIAMVEX KIT TRIAMVEX POMADA - NC TRIANEX POMADA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC VANOS CREMA - NC WESTCORT POMADA - NC WESTCORT POMADA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC WYNZORA CREMA - NC WYNZORA CREMA ANTIECCEMATOSOS OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) ADBRY INY, (QL= 2 iny,/28 dias) DUPIXENT INY CQL= 2 iny,/28 dias) DUPIXENT INY CCTABLE (QL= 2 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INMETCABLE (QL= 1 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 E	TRIAMCINOLONA SPRAY		-	
TRIANEX POMADA - NC TRILOCICLO KIT - NC ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POMADA - NC VANOS CREMA - NC VANOS CREMA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS - NC OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY, (QL= 2 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY, (QL= 4 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny,/28 dias) MSP-PA-QL 5 AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS NC CARMOL LOCIÓN - NC CARRADOL LOCIÓN <t< td=""><td>triamcinolona spray (equiv. KENALOG)</td><td></td><td>-</td><td></td></t<>	triamcinolona spray (equiv. KENALOG)		-	
TRILOCICLO KIT	TRIAMVEX KIT		-	
ULTRAVATE CREMA - NC ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE PAC KIT - NC VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS OPZELURA CREMA (QL=12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY, (QL=2 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL=2 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL=2 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL=2 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL=1 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL=1 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL=1 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL=1 iny,28 dias) MSP-PA-QL 5 CARMOLLOCIÓN - NC CARMOLLOCIÓN -	TRIANEX POMADA		-	NC
ULTRAVATE LOCIÓN - NC ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE POR KIT - NC VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS - NC OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC ARZUPGO CREMA - NC CARMOL LOCIÓN - </td <td>TRILOCICLO KIT</td> <td></td> <td>-</td> <td>NC</td>	TRILOCICLO KIT		-	NC
ULTRAVATE POMADA - NC ULTRAVATE PAC KIT - NC VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNIZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - NC CARMOL LOCIÓN - NC CARRACIA GREMA - NC UMECTA EMULSIÓN	ULTRAVATE CREMA		-	NC
ULTRAVATE PAC KIT VANOS CREMA VANOS CREMA CANOS CREMA COVERDESO ESPUMA COVERDESO ESPUMA INVECTABLE (QL = 2 iny./28 días) COVERDESO ESPUMA INVECTABLE (QL = 1 iny./28 días) COVERDAS CREMA COVERD	ULTRAVATE LOCIÓN		-	NC
VANOS CREMA - NC VERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS V NC DYZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY, (QL= 2 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY, (QL= 4 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny, /28 días) MSP-PA-QL 5 EMDLIENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS NC CARMOL LOCIÓN - NC CARMOL LOCIÓN - NC CARRADA - NC CARRADA - NC CARRADA - NC CARRADA - NC <td>ULTRAVATE POMADA</td> <td></td> <td>-</td> <td>NC</td>	ULTRAVATE POMADA		-	NC
PERDESO ESPUMA - NC WESTCORT POMADA - NC WESTCORT POMADA - NC NC NS PA-QL - NC NS PA-QL - NS PA-	ULTRAVATE PAC KIT		-	NC
WESTCORT POMADA - NC WYNZORA CREMA - NC ANTIECCEMATOSOS - NC OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY, (QL= 2 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY, (QL= 4 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny/28 días) MSP-PA-QL 5 AAZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - NC CARMO LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URRAMAXIN CREMA - NC URRAMAXIN GEL - NC URRAMAZIN GEL - NC	VANOS CREMA		-	NC
ANTIECCEMATOSOS PA-QL 4 OPZELURA CREMA (QL=12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL=2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL=2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL=1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL=1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL=1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ARAZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - NC CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERAFLAG CREMA - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC UREATA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN GEL - NC URAMAXIN GEL - NC	VERDESO ESPUMA		-	NC
ANTIECEMATOSOS OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INVECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERAFOAM - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC UTAMAXIN GEL - NC	WESTCORT POMADA		-	NC
OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año) PA-QL 4 ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - NC CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC Uramacerema - NC	WYNZORA CREMA		-	NC
ADBRY INY. (QL = 2 iny./28 días) ADBRY INY. (QL = 4 iny./28 días) ADDIPIXENT INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) ADDIPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) ADDIPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ADDIPIXENT SULVAL INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYS PLOCA SEBGLYS PLOCA SEBCLY INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYS PLOCA SEBCLY INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBGLYS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP-PA-QL SEBCLY INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANSP	ANTIECCEMATOSOS			
ADBRY INY. (QL = 4 iny./28 días) DUPIXENT INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) BEBGLYSS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) EBGLYSS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) BEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) BEBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANZUPGO CREMA AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN POMADA DE UREA 40% GORDON'S KERAFOAM KERAFOAM KERAFOAM KERAFOAM KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC UNEAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL UNC URAMAXIN GEL - NC URAMAXIN GEL - NC UNC UNCAMAXIN GEL - NC UNCAMAXIN GEL	OPZELURA CREMA (QL= 12 tubos/año)		PA-QL	4
DUPIXENT INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) BEGLYSS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) BEGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) ANZUPGO CREMA AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN POMADA DE UREA 40% GORDON'S KERAFOAM KERALAC CREMA DUMECTA EMULSIÓN CUMECTA SUSPENSIÓN DURAMAXIN CREMA CURAMAXIN GEL UICAMAXIN GEL CURAMAXIN GEL CURAMAXIN GEL CURAMAXIN GEL COMBRIDADA DE INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL SMSP-PA-QL SMSP-PA	ADBRY INY. (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL = 2 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES FMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS - NC CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC Urea crema - NC	ADBRY INY. (QL= 4 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
EBGLYSS INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC Urea crema - NC	DUPIXENT INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días) MSP-PA-QL 5 ANZUPGO CREMA - NC AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC Urea crema - NC	DUPIXENT PLUMA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
ANZUPGO CREMA AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN POMADA DE UREA 40% GORDON'S KERAFOAM KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL NC URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL NC URAM	EBGLYSS INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
AGENTES EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN POMADA DE UREA 40% GORDON'S KERAFOAM KERALAC CREMA NC UMECTA EMULSIÓN INC UMECTA SUSPENSIÓN INC URAMAXIN CREMA INC URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL URAMAXIN GEL INC URAMAXIN GEL INC URAMAXIN GEL INC URAMAXIN GEL INC INC URAMAXIN GEL INC	EBGLYSS PLUMA INYECTABLE (QL = 1 iny./28 días)		MSP-PA-QL	5
EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC Urea crema - NC	ANZUPGO CREMA		-	NC
CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC	AGENTES			
CARMOL LOCIÓN - NC POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC	EMOLIENTES/QUERATOLÍTICOS			
POMADA DE UREA 40% GORDON'S - NC KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC	,		-	NC
KERAFOAM - NC KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC			-	
KERALAC CREMA - NC UMECTA EMULSIÓN - NC UMECTA SUSPENSIÓN - NC URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC			-	
JMECTA EMULSIÓN - NC JMECTA SUSPENSIÓN - NC JRAMAXIN CREMA - NC JRAMAXIN GEL - NC Jurea crema - NC			-	
JMECTA SUSPENSIÓN - NC JRAMAXIN CREMA - NC JRAMAXIN GEL - NC Jrea crema - NC			-	
URAMAXIN CREMA - NC URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC				
URAMAXIN GEL - NC urea crema - NC				
urea crema - NC				
	urea ciema UREA EMULSIÓN		<u>-</u>	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nivel
DERMATOLÓGICOS Cont.		
urea gel (equiv. URAMAXIN)	-	NC
JREA KIT PARA UÑAS	-	NC
UREA SUSPENSIÓN	-	NC
urea suspensión 40% (equiv. UMECTA)	-	NC
EMOLIENTES		
ÁCIDO LÁCTICO LOCIÓN	-	2
actato de amonio crema (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC
actato de amonio loción (equiv. LAC-HYDRIN)	OTC	EXC
HYLINATE LOCIÓN	-	NC
LAC-HYDRIN CREMA	-	NC
LAC-HYDRIN LOCIÓN	-	NC
ENZIMAS - USO TÓPICO		
SANTYL POMADA (QL= 90 gm/30 días)	QL	3
vasolex pomada (equiv. XENADERM)	-	NC
XENADERM POMADA	-	NC
AGENTES PARA EL CRECIMIENTO DEL CABELLO		
pimatoprost solución oftálmica	-	EXC
inasterida comprimidos (equiv. PROPECIA)	-	EXC
EQSELVI COMPRIMIDOS	-	NC
LITFULO COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES PARA LA REDUCCIÓN DEL CABELLO		
VANIQA CREMA	-	EXC
INMUNOMODULADORES - SISTÉMICOS		
NEMLUVIO INYECTABLE (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
INMUNOMODULADORES - USO TÓPICO		
miquimod crema (equiv. ALDARA)	-	2
ALDARA CREMA	-	NC
miquimod crema 3.75% (equiv. IMIQUIMOD)	-	NC
ZYCLARA CREMA	-	NC
INMUNOSUPRESORES - USO TÓPICO		
acrolimús pomada (equiv. PROTOPIC POMADA)	-	2
pimecrolimus crema (equiv. ELIDEL) (Cubierto para miembros de 2 años de edad en adelante)	-	3
HYFTOR GEL (QL= 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
ELIDEL CREMA	-	NC
DXIANUJO CREMA	-	NC
PROTOPIC POMADA	-	NC
QUERATOLÍTICOS/ANTIMITÓTICOS		
PODOCON SOLUCIÓN	-	3
PODOFILOX SOLUCIÓN	-	3
podofilox solución (equiv. CONDYLOX)	-	3
ácido salicílico shampoo (equiv. SALEX)	-	3
SALEX SHAMPOO	-	4
ATRIX KIT DEL SISTEMA	-	NC
CONDYLOX GEL	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

- - -	NC NC
-	
-	NC
	NC
-	NC
_	NC
	NC
_	NC
	110
-	2
-	2
QL	2
-	2
OI	3
QL	3
QL	4
-	4
-	NC
	NC
	NC
	NC
<u>-</u>	NC
-	NC
	NC
	NC NC
-	NC
ОТС	NC
-	NC
	QL - QL

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
DERMATOLÓGICOS Cont.		
LIDOVEX CREMA	-	NC
LMR PLUS KIT	-	NC
MEDI-PATCH CON LIDOCAÍNA PARCHES	-	NC
MENTHOREAL10 PACK DE TERAPIA	-	NC
MICROVIX LP PAK	-	NC
NENDRUX GEL	-	NC
nulido parches (equiv. NULIDO)	-	NC
NUVAKAAN II KIT	-	NC
PLIAGLIS CREMA	-	NC
PLIAGLIS KIT	-	NC
SILVERA TOALLITAS	-	NC
SOLAICE PARCHES	-	NC
SYNVEXIA TC CREMA	-	NC
WPR PLUS	-	NC
ZILACAINE PAK	-	NC
ZYLOTROL-L KIT	-	NC
MISC. PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS		
EPICERAM EMULSIÓN	-	NC
NEOSALUS ESPUMA	-	NC
NEOSALUS LOCIÓN	-	NC
MISC. USO TÓPICO		
DRYSOL SOLUCIÓN	-	2
DERMACINRX CREMA	-	NC
HYCLODEX SOLUCIÓN	-	NC
QBREXZA TOALLITAS	-	NC
SOFDRA GEL	-	NC
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) - USO TÓPICO		
ZORYVE CREMA (QL= 60 gramos/30 días)	PA-QL	3
EUCRISA POMADA	-	NC
ZORYVE CREMA 0.15%	-	NC
ZORYVE ESPUMA	-	NC
PIGMENTANTES-DESPIGMENTANTES		
hidroquinona crema (equiv. LUSTRA)	-	EXC
TRI-LUMA CREMA	-	EXC
AGENTES CONTRA LA ROSÁCEA		
ivermectina crema (equiv. SOOLANTRA) (QL= 45 gramos/30 días)	QL	2
metronidazol crema (equiv. METROCREAM)	-	2
metronidazol gel 0.75% (equiv. METROGEL)	-	2
metronidazol gel (equiv. METROGEL)	-	3
metronidazol loción (equiv. METROLOTION)	-	3
brimonidina tartrato gel (equiv. MIRVASO)	-	EXC
MIRVASO GEL	-	EXC
RHOFADE CREMA	-	EXC
ácido azelaico gel (equiv. FINACEA)	-	NC
DAZOMON GEL	-	NC
Nota: Salvo que se indique la contrario, se cultren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre

Código especial

Nivel

Nombre		Coulgo especial	Mivei
	DERMATOLÓGICOS Cor	nt.	
doxiciclina (rosácea) cápsulas de liberación retardada (eq	uiv. ORACEA)	-	NC
EMROSI CÁPSULAS		-	NC
FINACEA ESPUMA		-	NC
FINACEA GEL		-	NC
IVERMECTINA CREMA		-	NC
METROCREAM		-	NC
METROGEL 1 %		<u>-</u>	NC
METROLOTION		-	NC
NORITATE CREMA		-	NC
ORACEA CÁPSULAS		-	NC
ROSADAN KIT		-	NC
SOOLANTRA CREMA		_	NC
ZILXI ESPUMA		<u>.</u>	NC
ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS			110
			-
permetrina crema (equiv. ELIMITE CREMA)		- -	2
SPINOSAD SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)		QL	3
LINDANE SHAMPOO		-	4
malatión loción (equiv. OVIDE) (QL= 2 frascos/reposición)		QL	4
NATROBA SUSPENSIÓN (QL= 1 frasco/reposición)		QL	4
CROTAN LOCIÓN		-	NC
ELIMITE CREMA		-	NC
IVERMECTINA LOCIÓN		-	NC
OVIDE LOCIÓN		-	NC
SKLICE LOCIÓN		-	NC
PRODUCTOS DE TRATAMIENTO PARA CIO	CATRICES		
SCARCIN GEL		-	NC
scarcin gel (equiv. SCARCIN)		<u>-</u>	NC
SCARCIN LÍQUIDO A BOLILLA		-	NC
SILIPAC KIT		-	NC
PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DE LAS	HERIDAS		
	HERIDAG	QL	3
REGRANEX GEL (QL= 30gm/reposición)		QL	
ALEVICYN SOLUCIÓN DÉRMICA		<u>-</u>	NC
BIAFINE EMULSIÓN		-	NC
cicatrace kit (equiv. REXASIL)		-	NC
COLLANEX POLVO EXTERNO		-	NC
FILSUVEZ GEL		-	NC
KERAMATRIX		-	NC
KERASTAT CREMA		-	NC
KERASTAT GEL		-	NC
GELES PARA VENDAJE DE HERIDAS		-	NC
	PRODUCTOS DE DIAGN	IÓSTICO	
PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE DIAGNÓST		IÓSTICO	
PRODUCTOS BIOLÓGICOS DE DIAGNÓST	TICO	IÓSTICO	NC
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA	TICO	IÓSTICO -	NC
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO	TICO	IÓSTICO -	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE	TICO AGNÓSTICO)	-	NC 3
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA	TICO AGNÓSTICO)	-	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentra	AGNÓSTICO) aciones y formas de los productos enumerados en la lista de medi	- camentos.	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentra NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	AGNÓSTICO) aciones y formas de los productos enumerados en la lista de medi genérico = letras minúsculas	- camentos. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentra NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF	AGNÓSTICO) Inciones y formas de los productos enumerados en la lista de medi genérico = letras minúsculas Infertilidad LD	- camentos. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS Distribución limitada	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentra NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	AGNÓSTICO) aciones y formas de los productos enumerados en la lista de medi genérico = letras minúsculas	- camentos. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
TRICHOPHYTON MENTAGROPHYTES SOLUCIÓN (DIA FÁRMACOS DE DIAGNÓSTICO GLUCAGEN INYECTABLE Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentra NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF M Beneficio médico MSP	AGNÓSTICO) aciones y formas de los productos enumerados en la lista de medi genérico = letras minúsculas Infertilidad LD Programa obligatorio de farmacia especializada OTC Límite de cantidad RS	- camentos. MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS Distribución limitada De venta libre	

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
PRODUCTOS DE DIAGNÓS	TICO Cont.	
GLUCAGÓN DIAGNÓSTICO INYECTABLE	-	NC
MACRILEN PAQUETE	-	NC
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO, MISC.		
REESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		
CLINISTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2
KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS	OTC	2
KETOSTIX	OTC	2
ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
REESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS	OTC	3
REESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS	OTC	3
REESTYLE TIRAS REACTIVAS	OTC	3
GLUCOCARD EXPRESSION TIRAS REACTIVAS	-	3
SLUCOCARD SHINE TIRAS REACTIVAS	-	3
SLUCOCARD VITAL TIRAS REACTIVAS	-	3
PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS	OTC	3
COVID-19 TEST	OTC	EXC
CUE COVID-19 CARTUCHO DE PRUEBA	OTC	EXC
CUE MONITOR DE SALUD	OTC	EXC
RECISION XTRA TIRAS REACTIVAS DE CETONAS	OTC	NC
TIRAS REACTIVAS (todas las demás tiras reactivas)	OTC	NC
MEDIOS DE CONTRASTE RADIOGRÁFICOS		
DMNIPAQUE SOLUCIÓN	-	NC
SITZMARKS CÁPSULAS	-	NC
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS D	E GESTIÓN ALIMENTICIA	
PRODUCTOS DE GESTIÓN ALIMENTICIA		
ASTAMED MYO CÁPSULAS		EXC
DEPLIN CÁPSULAS	-	EXC
ELIGEN B12 COMPRIMIDOS	_	EXC
ALESSA COMPRIMIDOS	-	EXC
OLTANX COMPRIMIDOS	_	EXC
GLYGEST PAK	-	EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS		EXC EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS UVIRA CÁPSULAS		EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS UVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS		EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS UVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DLLIZAC POLVO		EXC EXC EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS UVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS OLLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS		EXC EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS LUVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DLLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS KAQUIL XR COMPRIMIDOS		EXC EXC EXC EXC EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS LUVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DLLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS KAQUIL XR COMPRIMIDOS KYZBAC COMPRIMIDOS		EXC EXC EXC EXC
-METILFOLATO COMPRIMIDOS LUVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DILLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS KAQUIL XR COMPRIMIDOS KYZBAC COMPRIMIDOS AYUDA DIGESTIVA		EXC EXC EXC EXC EXC
L-METILFOLATO COMPRIMIDOS LUVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DLLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS KAQUIL XR COMPRIMIDOS KYZBAC COMPRIMIDOS AYUDA DIGESTIVA ENZIMAS DIGESTIVAS	- - - - - - -	EXC EXC EXC EXC EXC EXC
GLYGEST PAK -METILFOLATO COMPRIMIDOS LUVIRA CÁPSULAS METANX CÁPSULAS DLLIZAC POLVO PODIAPN CÁPSULAS KAQUIL XR COMPRIMIDOS KYZBAC COMPRIMIDOS AYUDA DIGESTIVA ENZIMAS DIGESTIVAS CREON CÁPSULAS PANCREAZE CÁPSULAS, PERTZYE CÁPSULAS, ULTRESA CÁPSULAS, ZENPEP CÁPSULAS		EXC EXC EXC EXC EXC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
DIURÉTICOS		
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamida comprimidos	-	2
acetazolamida ER (liberación prolongada) cápsulas (equiv. DIAMOX SEQUEL)	-	3
netazolamida comprimidos (equiv. NEPTAZANE)	-	3
liclorfenamida comprimidos (equiv. KEVEYIS)	-	NC
(EVEYIS COMPRIMIDOS	-	NC
NEPTAZANE COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES DIURÉTICAS		
espironolactona/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. ALDACTAZIDE)	-	2
riamtereno/hidroclorotiazida cápsulas (equiv. DYAZIDE)	-	2
riamtereno/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MAXZIDE)	<u>-</u>	2
ALDACTAZIDA COMPRIMIDOS 50-50 MG	-	4
LDACTAZIDA COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
MILORIDA/HCTZ COMPRIMIDOS	-	NC
milorida/hidroclorotiazida comprimidos (equiv. MODURETIC)	<u>-</u>	NC
MAXZIDE COMPRIMIDOS	-	NC
DIURÉTICOS DEL ASA		
umetanida comprimidos (equiv. BUMEX)		2
UROSEMIDA SOLUCIÓN	-	2
urosemida solución (equiv. LASIX)	<u>.</u>	2
urosemida comprimidos (equiv. LASIX)	-	2
orsemida comprimidos (equiv. DEMADEX)	<u>.</u>	2
orsemida comprimidos (equiv. BEMABEX)	-	2
tacrínico comprimidos (equiv. EDECRIN)	<u>.</u>	3
UROSCIX KIT (QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-663:	3) LD-QL	5
EDECRIN COMPRIMIDOS	-	NC
ASIX COMPRIMIDOS	-	NC
SOAANZ COMPRIMIDOS	<u>.</u>	NC
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
nanitol solución (equiv. OSMITROL)	-	NC
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO	-	110
		0
milorida comprimidos (equiv. MIDAMOR)	-	2
spironolactona comprimidos (equiv. ALDACTONE)	-	2
iamtereno cápsulas (equiv. DYRENIUM)	·	3
ALDACTONE COMPRIMIDOS	-	NC
DYRENIUM CÁPSULAS	-	NC
spironolactona suspensión (equiv. CAROSPIR)	-	NC
TIAZIDAS Y DIURÉTICOS TIAZIDAS		
CLOROTIAZIDA COMPRIMIDOS	-	2
lorotiazida comprimidos (equiv. DIURIL)	-	2
lortalidona comprimidos	-	2
idroclorotiazida cápsulas (equiv. MICROZIDE)	-	2
idroclorotiazida comprimidos (equiv. HYDRODIURIL)	-	2
ndapamida comprimidos (equiv. LOZOL)	-	2
netolazona comprimidos (equiv. ZAROXOLYN)	-	2
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de me	dicamentos.	
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC	De venta libre	
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST	Restricción a especialistas Terapia escalonada	
primeros 3 meses	i Grapia escaloriaua	
VAC Programa de vacunación ¢ RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre			Código especial	Nive
	DIURÉTICO	S Cont.		
USPENSIÓN DE DIURIL			-	3
IZIRQO SUSP (Se requiere autorización pre	ia para miembros de 9 años o más)		PA	4
HALITONE COMPRIMIDO			-	NC
AGENTES E	NDOCRINOS Y METABÓLICOS -	MISC.		
INHIBIDORES DE ESTEROIDES S	JPRARRENALES			
STURISA COMPRIMIDOS			-	NC
ECORLEV COMPRIMIDOS			-	NC
DIURÉTICOS DEL ASA				
lendronato comprimidos (equiv. FOSAMAX)			-	2
pandronato comprimido 150 mg (equiv. Boniv	a) (QL = 1 comprimido/30 días)		QL	2
LENDRONATE COMPRIMIDO 40 mg			-	3
erosol nasal de calcitonina (equiv. a MIACAI	CIN)		-	3
isedronato comprimidos (equiv a ACTONEL			-	3
olución oral de alendronato sódico (equiv. F	SAMAX)		-	4
sedronate DR comprimidos (equiv. a ATELV		eba con alendronato)	ST	4
CTONEL comprimidos		,	-	NC
TELVIA comprimidos			-	NC
INOSTO comprimidos			-	NC
ONIVA comprimidos 150mg			-	NC
ONSITY INYECTABLE			-	NC
alcitonin inj (equiv MIACALCIN)			-	NC
ORTEO INYECTABLE			-	NC
OSAMAX comprimidos			-	NC
OSAMAX+D comprimidos			-	NC
IACALCIN INYECTABLE			-	NC
amidronate inyectable			-	NC
ROLIA INYECTABLE			-	NC
riparatide (recombinante) Pluma inyectable	e solución 600 mcg/2,4 ml (equiv FORTEO)	-	NC
ERIPARATIDE INYECTABLE 560MCG/2.24	/L		-	NC
YMLOS INYECTABLE			-	NC
OMETA INYECTABLE			-	NC
CORTICOTROPINA				
UTOINYECTOR DE GEL ACTHAR			-	NC
EL INYECTABLE DE ACTHAR				NC
ORTROPHIN INYECTABLE				NC
EL INYECTABLE DE CORTROFINA				NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR	DEL FACTOR LIBERADOR DE C	ORTICOTROPINA ((CRF)	
ORRO DE CRENESSITY			<u> </u>	NC
OLUCIÓN DE CRENESSITY			-	NC
FERTILITY REGULATORS				
REGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECT	ABLE		INF-M	6
omiphene citrate comprimido (equiv CLOMII			INF	NC
LOMIPHENE COMPRIMIDOS			-	NC
OLLISTIM AQ INYECTABLE			INF	NC
ONAL-F RFF INYECTABLE			INF	NC
lota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren toda	las concentraciones y formas de los productos enum	erados en la lista de medicame		
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	МА	RCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo	•			
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF Infertilidad MSP Programa obligatorio de farmacia esp		tribución limitada venta libre	
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad		stricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Tera	apia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

VAC

Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

Código especial	Nive
_	
INF	NC
INF	NC
INF	NC
PA-QL	3
PA-QL	3
INF	NC
INF	NC
-	NC
-	EXC
-	EXC
MSP-PΔ	4
	5
	5
	5
	NC
-	NC
	NC
-	NC
_	NC
-	NC
-	1
-	NC
-	NC
LD	5
-	3
MSP	5
MSP	5
-	NC
PA-QL	4
-	2
-	2
-	2
-	2
	INF INF INF INF INF INF PA-QL PA-QL INF INF - - - - - - - - - - - - -

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos **cuero está sidentificados en partificados en el curso** del procesamiento de transacciones de reclamaciones. Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Cádigo conocial	Nivel
DOXERCALCIFEROL CÁPSULAS	<u>Código especial</u>	3
	-	3
doxercalciferol cápsulas (equiv. HECTOROL) fenilbutirato de sodio polvo (equiv. BUPHENYL)	- -	3
, , , ,	-	3
fenilbutirato de sodio comprimidos (equiv. BUPHENYL)	LD	5
CYSTADANE POLVO (Únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	MSP	5
sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete (equiv. KUVAN)	MSP	
sapropterina dihidrocloruro comprimidos solubles (equiv. KUVAN)	MSP-PA-QL	5 5
XPHOZAH COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)		NC
ALDURAZYME INYECTABLE	-	NC
betaína polvo para solución oral (equiv. CYSTADANE)	-	NC
BUPHENYL POLVO	<u>-</u>	NC
BUPHENYL COMPRIMIDOS	•	NC
CALCITRIOL INYECTABLE	-	NC
CARBAGLU COMPRIMIDOS	-	NC
ácido carglúmico comprimidos (equiv. CARBAGLU) CARNITOR SOLUCIÓN	-	NC NC
	-	NC
CARNITOR COMPRIMIDOS	-	NC
CITRULLINE EASY COMPRIMIDOS FABRAZYME INYECTABLE	-	NC
	-	NC
GALAFOLD CÁPSULAS HARLIKU COMPRIMIDOS	-	NC
HECTOROL CÁPSULAS	-	NC
		NC
KUVAN POLVO EN PAQUETE KUVAN COMPRIMIDOS	-	NC
MYALEPT INYECTABLE	-	NC
	-	NC
nitisinona cápsulas (equiv. ORFADIN) NITYR COMPRIMIDOS	•	NC
OLPRUVA PAQUETE	-	NC
OFFOLDA COMPRIMIDOS	<u>.</u>	NC
ORFADIN CÁPSULAS		NC
ORFADIN SUSPENSIÓN	- -	NC
PALYNZIQ INYECTABLE	-	NC
paricalcitol cápsulas (equiv. ZEMPLAR)	<u>-</u>	NC
PHEBURANE GRÁNULOS ORALES	-	NC
RAVICTI LÍQUIDO	-	NC
RAYALDEE CÁPSULAS	-	NC
ROCALTROL CÁPSULAS	<u>-</u>	NC
	-	NC
ROCALTROL SOLUCIÓN	-	NC
SENSIPAR COMPRIMIDOS	-	NC NC
SEPHIENCE POLVO	-	NC NC
STRENSIQ INYECTABLE	-	
TRYNGOLZA INYECTABLE	-	NC
VYKAT XR COMPRIMIDOS	-	NC
XURIDEN POLVO	-	NC
YORVIPATH INVECTABLE	-	NC
YORVIPATH INYECTABLE 294 MCG	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS - MISC. Cont.

Código especial

Nivel

Nombre

YORVIPATH INYECTABLE 420 MCG	-	NC
EMPLAR CÁPSULAS	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE MINERALOCORTICOIDES		
KERENDIA COMPRIMIDOS	-	NC
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
/OXZOGO INYECTABLE (QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376)	LD-PA-QL	5
HORMONAS DE LA NEUROHIPÓFISIS		
acetato de desmopresina inyectable (equiv. DDAVP)	-	3
acetato de desmopresina spray nasal (equiv. DDAVP)	-	3
acetato de desmopresina comprimidos (equiv. DDAVP)	-	3
DESMOPRESINA SPRAY NASAL	-	3
STIMATE SOLUCIÓN NASAL	-	3
DDAVP SOLUCIÓN NASAL	-	4
DDAVP INYECTABLE	-	NC
DDAVP SPRAY NASAL	-	NC
DDAVP COMPRIMIDOS	-	NC
NOCDURNA SL COMPRIMIDOS	-	NC
NOCTIVA EMULSIÓN SPRAY	-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA PROGESTERONA		
mifepristona comprimidos 200 mg (equiv. MIFIPREX)	-	2
MIFIPREX COMPRIMIDOS	-	4
INHIBIDORES DE LA PROLACTINA		
cabergolina comprimidos (equiv. DOSTINEX)	-	2
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
octreotida inyectable (equiv. SANDOSTATIN)	MSP	5
OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG	MSP	5
BYNFEZIA PLUMA INYECTABLE	-	NC
MYCAPSSA CÁPSULAS	-	NC
SANDOSTATIN INYECTABLE	-	NC
SIGNIFOR INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE VASOPRESINA		110
colvaptán comprimidos paquete de terapia (equiv. JYNARQUE) (QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través o	le LD-PA-QL	2
Walgreens 888-347-3416)	ie lb-i A-QL	2
SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG	MSP	5
TOLVAPTAN COMPRIMIDOS	MSP	5
tolvaptán comprimidos (equiv. SAMSCA)	MSP	5
JYNARQUE PAQUETES	-	NC
SAMSCA COMPRIMIDOS	-	NC
ESTRÓGENOS		
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS		
estradiol/noretindrona comprimidos (equiv. ACTIVELLA)	-	2
inteli comprimidos (equiv. FEMHRT)	-	2
COMBIPATCH	-	3
PREMPHASE COMPRIMIDOS, PREMPRO COMPRIMIDOS	-	3
PREFEST COMPRIMIDOS	-	4
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS =	LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta lib		
	a especialistas	
SE Limitado a dos renosiciones de 15 días nor los SMKG. Abandono del tabaquismo ST. Terania esc	alonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Abandono del tabaquismo

RxCENTS

SMKG

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

primeros 3 meses

Programa de vacunación

VAC

ST

Terapia escalonada

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
ESTRÓGENOS Cont.		
ACTIVELLA COMPRIMIDOS	-	NC
ANGELIQ COMPRIMIDOS	-	NC
BIJUVA CÁPSULAS	-	NC
CLIMARA PRO PARCHES	-	NC
estrógenos esterificados/metiltestosterona comprimidos (equiv. ESTRATEST)	-	NC
ESTRATEST COMPRIMIDOS	-	NC
FEMHRT COMPRIMIDOS	-	NC
MYFEMBREE COMPRIMIDOS	-	NC
ORIAHNN CÁPSULAS	-	NC
ESTRÓGENOS		
estradiol parche (equiv. CLIMARA)	-	2
estradiol parches (equiv. VIVELLE-DOT, MINIVELLE)	-	2
estradiol comprimidos (equiv. ESTRACE)	-	2
ESTROPIPATE COMPRIMIDOS	-	2
estropipate comprimidos (equiv. OGEN)	-	2
estradiol valerato inyectable (equiv. DELESTROGEN) (QL= 5 ml/reposición)	QL	3
PREMARIN COMPRIMIDOS	-	3
ALORA PARCHE	-	4
DELESTROGEN INYECTABLE (QL= 5 ml/reposición)	QL	4
MENEST COMPRIMIDOS	-	4
CLIMARA PARCHES	-	NC
DIVIGEL GEL	-	NC
DIVIGEL GEL, ELESTRIN GEL	-	NC
ESTRACE COMPRIMIDOS	-	NC
estradiol td gel (equiv. DIVIGEL)	-	NC
EVAMIST SPRAY	-	NC
MENOSTAR PARCHES	-	NC
VIVELLE-DOT, MINIVELLE PARCHES	-	NC
FLUOROQUINOLONES		
FLUOROQUINOLONES		
ciprofloxacina comprimidos (equiv. CIPRO)	-	2
evofloxacina solución (equiv. LEVAQUIN)	-	2
levofloxacina comprimidos (equiv. LEVAQUIN)	-	2
OFLOXACINA COMPRIMIDOS	-	2
BAXDELA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa)	QL-RS	3
ciprofloxacina suspensión (equiv. CIPRO)	-	3
moxifloxacino comprimidos (equiv. AVELOX)	-	3
CIPRO SUSPENSIÓN	-	4
CIPROFLOXACINA 100 MG COMPRIMIDOS	-	4
AVELOX COMPRIMIDOS	-	NC
CIPRO COMPRIMIDOS	-	NC
FACTIVE COMPRIMIDOS	-	NC
LEVAQUIN COMPRIMIDOS	-	NC
PROQUIN XR COMPRIMIDOS	-	NC

AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC.

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Oitima actualizacion 9/11/2025		Código especial	Nive
	AGENT	ES GASTROINTESTINALES	- MISC. Con		
AGONISTAS DEL RECEPT	OR 5-HT4				
OTEGRITY COMPRIMIDOS (QL=	1 comprimido/día)			PA-QL	4
rucaloprida succinato comprimidos	(equiv. MOTEGRITY) (QL= 1 comprimido/día)		PA-QL	4
AGENTES CONTRA EL ES	TREÑIMIENTO ID	IOPÁTICO CRÓNICO (CIC)			
RULANCE COMPRIMIDOS (QL= 1		_		PA-QL	3
AGENTES CONTRA EL TR	<u>ASTORNO DE SÍN</u>	NTESIS DEL ÁCIDO BILIAR			
CHOLBAM CÁPSULAS				-	NC
AGONISTAS DEL RECEPT	OR X FERNESOID	DE (FXR)			
CALIVA COMPRIMIDOS				-	NC
SOLUBILIZANTES DE LOS	CÁLCULOS BILIA	ARES			
rsodiol cápsulas (equiv. ACTIGALL)			-	2
rsodiol comprimidos (equiv. URSO	(FORTE))			-	2
CTIGALL CÁPSULAS				-	NC
HENODAL COMPRIMIDOS, CTEX	LI COMPRIMIDOS			-	NC
ELTONE CÁPSULAS				-	NC
RSO FORTE COMPRIMIDOS				-	NC
RSODIOL CÁPSULAS				-	NC
ANTIALÉRGICOS GASTRO	INTESTINALES				
romolina concentrada (equiv. GAST	ROCROM)			-	3
ASTROCROM CONCENTRADO				-	NC
ACTIVADORES DE LOS CA	ANALES DE COLO	O GASTROINTESTINALES			
ıbiprostona cápsulas (equiv. AMITIZ	ZA) (QL= 2 cápsulas/día	a)		PA-QL	3
MITIZA CÁPSULAS				-	NC
ESTIMULANTES GASTROI	NTESTINALES				
netoclopramida solución (equiv. RE	GLAN)			-	2
netoclopramida comprimidos (equiv	. REGLAN)			-	2
SIMOTI SPRAY NASAL				-	NC
IETOZOLV ODT				-	NC
REGLAN COMPRIMIDOS				-	NC
HEPATOTRÓPICOS					
REZDIFFRA COMPRIMIDOS				-	NC
INHIBIDORES DEL TRANS	PORTADOR DE Á	CIDOS BILIARES ILEALES (IBA	AT)		
YLVAY CÁPSULAS 1200 MG (QL=	2 cápsulas/día; únicar	mente disponible a través de PantheRx Ph	narmacy 855-726-	-8479) LD-PA-QL	5
		ente disponible a través de PantheRx Pha			5
YLVAY CÁPSULAS DISPERSABLI	ES 200 MG (QL= 4 cáp	sulas/día; únicamente disponible a través	de PantheRx Ph	armacy LD-PA-QL	5
55-726-8479) IYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLI 55-726-8479)	ES 600 MG (QL= 4 cáp	sulas/día; únicamente disponible a través	de PantheRx Ph	armacy LD-PA-QL	5
	0 días; únicamente disr	oonible a través de Eversana 866-849-448	31)	LD-PA-QL	5
IVMARLI SOLUCIÓN 19 MG/ML			, 	-	NC
IVMARLI COMPRIMIDOS				-	NC
IVMARLI COMPRIMIDOS 30 MG				-	NC
ANTIINFLAMATORIOS INT	ESTINALES				
alsalazida cápsulas (equiv. COLAZ				-	2
ulfasalazina EC comprimidos (equiv	,			-	2
ulfasalazina comprimidos (equiv. Az	,			-	2
. , ,	,	ones y formas de los productos enumerados en la l	ista de medicamentos	3.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas	MARCA	AS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor exte EXC Exclusión del plan	rno INF	Infertilidad	LD Distribu	ción limitada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC De vent	a libre	
PA Autorización previa	QL MIXO	Límite de cantidad		ión a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 primeros 3 meses		Abandono del tabaquismo	ST Terapia	escalonada	
VAC Programa de vacunación	¢	RxCENTS			

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. Con	t.	
mesalamina DR cápsulas (equiv. DELZICOL)	-	3
mesalamina DR comprimidos (equiv. LIALDA)	-	3
mesalamina enema (equiv. ROWASA)	-	3
mesalamina DR cápsulas (equiv. APRISO)	-	3
mesalamina supositorios (equiv. CANASA)	-	3
DIPENTUM CÁPSULAS	-	4
mesalamina comprimidos (equiv. ASACOL)	-	4
SFROWASA ENEMA	-	4
CIMZIA INYECTABLE (QL= 2 iny./28 días)	MSP-PA-QL	5
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML (QL= 1 iny./56 días)	MSP-PA-QL	5
APRISO CÁPSULAS	-	NC
ASACOL HD COMPRIMIDOS	-	NC
ASACOL HD COMPRIMIDOS, MESALAMINA COMPRIMIDOS	-	NC
AZULFIDINA EN COMPRIMIDOS	-	NC
AZULFIDINA COMPRIMIDOS	-	NC
COLAZAL CÁPSULAS	-	NC
DELZICOL CÁPSULAS	_	NC
ENTYVIO SC INYECTABLE	-	NC
LIALDA COMPRIMIDOS	_	NC
mesalamina ER cápsulas (equiv. PENTASA CR)		NC
OMVOH INYECTABLE	_	NC
OTULFI INYECTABLE		NC
PENTASA CR CÁPSULAS	_	NC
ROWASA KIT		NC
TREMFYA INYECTABLE 200 MG/2 ML	_	NC
TREMFYA INTECTABLE 200 MG/2 ML TREMFYA PAQUETE DE INDUCCIÓN INYECTABLE PARA CROHN	-	NC
	-	NC
VELSIPITY COMPRIMIDOS	-	NC
ZYMFENTRA INYECTABLE	-	NC
ACIDIFICANTE INTESTINAL		
actulosa solución AGENTES CONTRA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE (SCI)	-	2
alosetrón comprimidos (equiv. LOTRONEX)		4
	- PA-QL	4
LINZESS CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día)	FA-QL	•
BSRELA COMPRIMIDOS	-	NC
LOTRONEX COMPRIMIDOS	-	NC
VIBERZI COMPRIMIDOS	•	NC
MICROBIOTA FECAL VIVA	1 D DA OI	
VOWST CÁPSULAS (QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575)	LD-PA-QL	5
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES PERIFÉRICOS	D.4	
MOVANTIK COMPRIMIDOS	PA	3
SYMPROIC COMPRIMIDOS	PA	3
	-	NC
alvimopan cápsulas (equiv. ENTEREG)		NC
alvimopan cápsulas (equiv. ENTEREG) ENTEREG CÁPSULAS RELISTOR INYECTABLE	-	NC

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Oluma actualización 9/11/2025	Código especial	Nive
A	AGENTES GASTROINTESTINALES - MISC. Cont.	<u> </u>	
RELISTOR KIT INYECTABLE		-	NC
RELISTOR COMPRIMIDOS		-	NC
AGONISTAS DEL RECEPTOR ACTIV	ADO POR PROLIFERADORES PEROXISOMALES (PPAR)		
QIRVO COMPRIMIDOS		-	NC
IVDELZI CÁPSULAS		-	NC
QUELANTES DE FOSFATO			
acetato de calcio cápsulas (equiv. PHOSLO)		-	2
icetato de calcio comprimidos (equiv. ELIPHOS)		-	2
FOSRENOL POLVO EN PAQUETE		-	3
arbonato de lantano comprimidos masticables (e	quiv. FOSRENOL)	-	3
PHOSLYRA SOLUCIÓN	,	-	3
CARBONATO DE SEVELAMER COMPRIMIDOS		-	3
evelamer polvo en paquete (equiv. RENVELA)		-	3
evelamer comprimidos (equiv. RENVELA compri	midos)	-	3
AURYXIA COMPRIMIDOS	,	-	4
sevelamer hidrocloruro comprimidos (equiv. RENA	AGEL)	-	4
ELIPHOS COMPRIMIDOS	,	-	NC
CITRATO FÉRRICO COMPRIMIDOS		-	NC
FOSRENOL COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC
PHOSLO CÁPSULAS		-	NC
RENAGEL COMPRIMIDOS 800 MG		-	NC
RENVELA COMPRIMIDOS		-	NC
/ELPHORO COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC
AGENTES CONTRA EL SÍNDROME D	DEL INTESTINO CORTO (SIC)		
GATTEX KIT		-	NC
INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO H	IIDROXILASA		
KERMELO COMPRIMIDOS		-	NC
	ANESTÉSICOS GENERALES		
ANESTÉSICOS - MISC.	711201201000 02112101220		
KETAMINA HCL PASTILLAS		-	NC
	GENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS		110
ALCALINIZANTES	SENTES GENTI OURINARIOS - WIISCELANEOS		
CYTRA K CRISTALES		-	2
CYTRA-3 JARABE		-	2
DRACIT SOLUCIÓN		-	2
otasio citrato CR comprimidos (equiv. UROCIT-K		-	2
otasio citrato/ácido cítrico polvo en paquete (equi		-	2
otasio citrato/ácido cítrico solución (equiv. POLY)		-	2
odio citrato/ácido cítrico solución (equiv. BICITRA	Y)	-	2
ricitratos solución (equiv. POLYCITRA-LC) JROCIT-K COMPRIMIDOS			2 NC
AGENTES CONTRA LA CISTINOSIS		-	NC
			NO
CYSTAGON CÁPSULAS PROCYSBI PAQUETE DE GRÁNULOS		-	NC
		-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las o	concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas MARCAS = LETF	RAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo	•	4.	
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF Infertilidad LD Distribución limita MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre	ua	
PA Autorización previa	Ol Límite de cantidad RS Restricción a esne	ocialistas	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Límite de cantidad

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

QL

SMKG

PA

SF

Autorización previa

Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

RS

ST

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

AGENTES GENITOURINARIOS - MISCELÁNEOS cont.

Código especial

<u>Nivel</u>

Nombre

IRRIGANTES GEI	NITOURINARIOS					
RENACIDINA SOLUCIO	N				-	NC
loruro de sodio 0.9% s	olución para irr.				-	NC
AGENTES PARA	LA HIPEROXALUR	IA				
IVFLOZA INYECTABL					-	NC
IVFLOZA INYECTABL					<u>-</u>	NC
IVFLOZA VIAL	.E 100 MG				-	NC
	LA NEFROPATÍA P	OR IGA	(IGAN)			
			` '	055 70	8- LD-PA-QL	5
	Specialty 800-378-0695)	ia, unicam	ente disponible a través de Optum Fronti	ei 655-76	0- LD 1 / QL	O
ANRAFIA COMPRIMII	• • •				-	NC
	RA LA CISTITIS INT	FRSTIC	ĽΙΔΙ			
LMIRON CÁPSULAS					_	NC
ENTOSAN CÁPSULA	9				-	NC
	S RA LA HIPERPLASI		RTÁTICA		· ·	110
			STATICA			
·	dos (equiv. UROXATRAL))			-	2
utasterida cápsulas (e					-	2
nasterida comprimidos					-	2
lodosina cápsulas (eq					-	2
imsulosina cápsulas (e	'				<u>-</u>	2
	cápsulas (equiv. JALYN)				-	3
VODART CÁPSULAS					<u>-</u>	NC
ARDURA XL COMPR	IMIDOS				-	NC
NTADFI CÁPSULAS					-	NC
LOMAX CÁPSULAS					-	NC
ALYN CÁPSULAS					-	NC
ROSCAR COMPRIMII	00S				-	NC
APAFLO CÁPSULAS					-	NC
ROXATRAL COMPRI	MIDOS				-	NC
ANALGÉSICOS L	JRINARIOS					
enazopiridina comprimi	idos (equiv. PYRIDIUM)				-	2
YRIDIUM COMPRIMII	oos				-	NC
AGENTES CONT	RA LOS CÁLCULOS	S URINA	ARIOS			
	de liberación retardada (e				MSP-PA	2
THOSTAT COMPRIM		Adam. IIIIC	52.(20)		-	4
opronina comprimidos					MSP-PA	5
HIOLA EC COMPRIM					-	NC
HIOLA COMPRIMIDO					_	NC
THOLA GOWN TRIWINGO	0		ACENTES CONTRA LA CO	- ^		140
			AGENTES CONTRA LA GO	IA		
OMBINACIONES						
·	comprimidos (equiv. COL-	-BENEMIC	0)		-	2
CONTRA L						
UZALLO COMPRIMID					-	NC
AGENTES CONT	RA LA GOTA					
opurinol comprimidos	(equiv. ZYLOPRIM)				-	2
l ota: Salvo que se indique l	o contrario, se cubren todas las	concentraci	ones y formas de los productos enumerados en la	lista de med	dicamentos.	
NC = No cubierto)		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubi	ierto, revisor externo		_			
EXC Exclusión del pla M Beneficio médico		INF MSP	Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	LD OTC	Distribución limitada De venta libre	
PA Autorización prev		QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos re primeros 3 meses	eposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	
	3					

Última actualización* 9/11/2025		
Nombre	Código especial	Nive
AGENTES CONTRA LA GOTA Cont.		
colchicina comprimidos (equiv. COLCRYS)	-	2
febuxostat comprimidos (equiv. ULORIC) (La terapia escalonada requiere la prueba de alopurinol)	ST	2
alopurinol comprimidos 200 mg	-	NC
COLCHICINA CÁPSULAS	-	NC
colchicina cápsulas (equiv. COLCHICINA)	-	NC
COLCRYS COMPRIMIDOS	-	NC
GLOPERBA SOLUCIÓN	-	NC
ULORIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZURAMPIC COMPRIMIDOS	-	NC
ZYLOPRIM COMPRIMIDOS	-	NC
URICOSÚRICOS		
probenecida comprimidos (equiv. BENEMID)	-	2
AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC.		
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS		
HEMLIBRA INYECTABLE	MSP-PA	5
ADVATE, KOVALTRY INYECTABLE	-	EXC
ADYNOVATE INVECTABLE	- -	EXC
AFSTYLA KIT		EXC
ALPHANATE, HUMATE-P INYECTABLE	-	EXC
ALPHANINE SD INYECTABLE		EXC
ALPROLIX INVECTABLE	-	EXC
ALTUVIIIO INYECTABLE		EXC
BENEFIX INYECTABLE	-	EXC
COAGADEX INYECTABLE	_	EXC
CORIFACT KIT	-	EXC
ELOCTATE INYECTABLE		EXC
ESPEROCT INYECTABLE	-	EXC
FEIBA INYECTABLE	_	EXC
FIBRYGA, RIASTAP INYECTABLE		EXC
	-	EXC
HEMOFIL M, KOATE INYECTABLE DELVION INYECTABLE	-	EXC
IXINITY INVECTABLE		EXC
JIVI INYECTABLE	-	EXC
	•	EXC
KOGENATE FS INYECTABLE	-	EXC
NOVOEIGHT INVECTABLE	-	EXC
NOVOSEVEN RT INYECTABLE	-	EXC
NUWIQ INYECTABLE	_	EXC
NUWIQ KIT	-	EXC
OBIZUR INYECTABLE	•	
PROFILNINE INVECTABLE	-	EXC
REBINYN INYECTABLE	-	EXC
RECOMBINATE INVECTABLE	-	EXC
RIXUBIS INYECTABLE	-	EXC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

SEVENFACT INYECTABLE

TRETTEN INYECTABLE

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

EXC EXC

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Oitima actualizacion ^a 9/11/2025	Cádina conceial	Niisa
	A OFNITTO LIEMATOL ÓOLOGO MICO Ocas	Código especial	Niv
	AGENTES HEMATOLÓGICOS - MISC. Cont.		E)//0
VONVENDI INYECTABLE		-	EXC
WILATE INYECTABLE		-	EXC
(YNTHA INYECTABLE		-	EXC
ALHEMO INYECTABLE		-	NC
HYMPAVZI INYECTABLE		-	NC
QFITLIA INYECTABLE		-	NC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR B2	DE BRADICININA		
catibant inyectable (equiv. FIRAZYR)		MSP-PA	5
FIRAZYR INYECTABLE		-	NC
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO			
800-410-8575 o Walgreens 888-347-3416)	a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini nicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA LD-PA-QL	5 5
HAEGARDA INYECTABLE (Únicamente disponible	e a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767,	LD-PA	5
OptionCare 972-536-7355, Optum 877-445-6874, Orsini 800-4	10-8575 o Walgreens 888-347-3416)		
RUCONEST INYECTABLE (Únicamente disponible		LD-PA	5
「AVNEOS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; única	mente disponible a través de PantheRx 855-726-8479)	LD-PA-QL	5
EMPAVELI INYECTABLE		-	NC
FABHALTA CÁPSULAS		-	NC
OYDEYA COMPRIMIDOS		-	NC
OYDEYA PAQUETE DE TERAPIA COMPRIMIDO	DS .	-	NC
ILBRYSQ INYECTABLE		-	NC
ILBRYSQ INYECTABLE 23 MG		-	NC
ZILBRYSQ INYECTABLE 32.4 MG		-	NC
HEMATOLÓGICO - INHIBIDORES DE	LA TIROSINA QUINASA		
TAVALISSE COMPRIMIDOS		-	NC
WAYRILZ COMPRIMIDOS		-	NC
AGENTES HEMORREOLÓGICOS			
pentoxifilina ER comprimidos (equiv. TRENTAL)			2
INHIBIDORES DEL FACTOR XIIA PLA	SMÁTICO		2
ANDEMBRY INYECTABLE		-	NC
INHIBIDORES DE LA CALICREÍNA PL	ASMÁTICA		
EKTERLY COMPRIMIDOS		-	NC
DRLADEYO CÁPSULAS		-	NC
AKHZYRO INYECTABLE		_	NC
ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS			110
anagrelida cápsulas (equiv. AGRYLIN)		-	2
cilostazol comprimidos (equiv. PLETAL)			2
clopidogrel comprimidos 75 mg (equiv. PLAVIX)		-	2
lipiridamol comprimidos (equiv. PERSANTINE)			2
prasugrel comprimidos (equiv. EFFIENT)		-	2
ispirina/dipiridamol cápsulas (equiv. AGGRENOX)			3
cagrelor comprimidos (equiv. BRILINTA)		-	3
ASPIRINA/OMEPRAZOL ER COMPRIMIDOS			4
AGRYLIN CÁPSULAS		_	NC
	oncentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		.10
NC = No cubierto		RAS MAYÚSCULAS	
NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo	yenenco - reu as mindsculas MARCAS = LE I	IVOO IVIA I UOUULAO	
EXC Exclusión del plan	INF Infertilidad LD Distribución limit	ada	

PA QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas Autorización previa SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses **RxCENTS** Programa de vacunación ¢

Programa obligatorio de farmacia especializada

OTC

De venta libre

MSP

М

Beneficio médico

Última actualización* 9/11/2025

		Oitima actualización 9/11/2025				
Nombre					Código especial	<u>Niv</u>
	AGEN	ITES HEMATOLÓGICOS - MI	SC. Co	nt.		
BRILINTA COMPRIMIDOS					-	NC
CABLIVI KIT INYECTABLE					-	NC
CLOPIDOGREL PAQUETE DE TERAPIA					-	NC
EFFIENT COMPRIMIDOS					-	NC
PLAVIX COMPRIMIDOS 75 MG					-	NC
YOSPRALA COMPRIMIDOS					-	NC
ZONTIVITY COMPRIMIDOS			_		-	NC
OLIGONUCLEÓTIDOS ANTISENTII	DO DIRIGI	DOS CONTRA LA PRECALICRI	EÍNA (A	SO)		
DAWNZERA INYECTABLE					-	NC
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO	QUINASA					
PYRUKYND COMPRIMIDOS (QL= 2 comprim			00-850-4	306)	LD-PA-QL	5
PYRUKYND TAPER PAQUETE (QL= 1 compr		•		•	LD-PA-QL	5
THORITID IN ENTINGOETE (QE TOSIMPI	irinao, ara, arr	AGENTES HEMATOPOYÉT		1000)		-
ACENTES CONTRA LA ENEEDME			1003			
AGENTES CONTRA LA ENFERME					10.04	
niglustat cápsulas (equiv. ZAVESCA) (únicam	ente disponib	ole a través de Accredo 800-803-2523)			LD-PA	5
CERDELGA CÁPSULAS					-	NC
AVESCA CÁPSULAS					-	NC
AGENTES CONTRA LA ANEMIA F	ALCIFORI	VIE				
PROXIA CÁPSULAS					-	3
OXBRYTA COMPRIMIDOS					-	NC
SIKLOS COMPRIMIDOS					-	NC
AGENTES PARA LA ENFERMEDA	D DE CÉL	ULAS FALCIFORMES				
glutamina polvo en paquete (equiv. ENDARI)	(QL= 6 paqu	etes/día)			MSP-PA-QL	2
(ROMI SOLUCIÓN (Se requiere autorización เ	orevia para m	niembros de 9 años en adelante)			PA	4
ENDARI POLVO EN PAQUETE					-	NC
OXBRYTA COMPRIMIDOS PARA SUSPENSI	ÓN ORAL				-	NC
COBALAMINAS						
ianocobalamina inyectable					-	2
ianocobalamina spray nasal 500 mcg/0.1 ml (eauiv. NASC	OBAL)			-	4
NASCOBAL SPRAY	•	- ,			-	4
ÁCIDO FÓLICO/FOLATOS						
cido fólico comprimidos 1 mg (\$0 de copago s	olo nara mie	mbros femeninos: los demás miembros ci	ihiertos co	on un conado	-	1
le medicamento genérico)	olo para mic	mbros remembros, los demas miembros el	abicitos co	on un copago		•
icido fólico comprimidos 400 mcg (Cubierto so	lo para miem	bros femeninos)			OTC	1
icido fólico comprimidos 800 mcg (Cubierto so	lo para miem	bros femeninos)			OTC	1
FACTORES DE CRECIMIENTO HE	MATOPO	YÉTICO				
ltrombopag olamina paquete de polvo para su	spensión (ed	quiv. PROMACTA) (QL= 1 paquete/día)			MSP-PA-QL	2
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25		. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			MSP-PA-QL	2
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg (equ					MSP-PA-QL	2
Itrombopag olamina comprimidos 75mg (equi		, , , ,			MSP-PA-QL	2
PROCRIT INYECTABLE		7.1) (Q2 2 comprime co, a.a.)			-	3
RETACRIT INY.					-	3
OOPTELET COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimie	dos/día: única	amente disponible a través de Accredo 80	0-803-25	23)	LD-PA-QL	5
ULPHILA INYECTABLE			2 2 2 2 2 0 1	,	MSP	5
NIVESTYM INYECTABLE					MSP	5
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas	las concentracio	ones y formas de los productos enumerados en la l	sta de medi	camentos.		-
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LET	RAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limit	ada	
M Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre		
PA Autorización previa	OI	Límite de cantidad	RS	Restricción a est	necialistas	

Programa de vacunación **RxCENTS** La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Límite de cantidad

Abandono del tabaquismo

QL

SMKG

PA

SF

Autorización previa

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses

RS

ST

Restricción a especialistas

Terapia escalonada

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
AGENTES HEMATOPOYÉTI	COS Cont.	
ZARXIO INYECTABLE	MSP	5
ALVAIZ COMPRIMIDOS	-	NC
ARANESP INYECTABLE	-	NC
FYLNETRA INYECTABLE	-	NC
GRANIX INYECTABLE	-	NC
JESDUVROQ COMPRIMIDOS	-	NC
LEUKINE INYECTABLE	-	NC
MIRCERA INYECTABLE	-	NC
MULPLETA COMPRIMIDOS	-	NC
NEULASTA INYECTABLE	-	NC
NEUPOGEN INYECTABLE	-	NC
NYPOZI INYECTABLE	-	NC
NYVEPRIA INYECTABLE	-	NC
PROMACTA POLVO	<u>.</u>	NC
PROMACTA COMPRIMIDOS	-	NC
REBLOZYL INYECTABLE	_	NC
RELEUKO INYECTABLE	-	NC
RELEUKO INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	<u>-</u>	NC
STIMUFEND INYECTABLE	<u>.</u>	NC
JDENYCA INYECTABLE		NC
	-	NC
VAFSEO COMPRIMIDOS	•	
ZIEXTENZO INYECTABLE MEZCLAS HEMATOPOYÉTICAS	-	NC
errex 150 forte cápsulas	-	2
HIERRO POLISACÁRIDO/ÁCIDO	-	2
TREÓNICO/B12/FA CÁPSULAS		
MULTIGEN FÓLICO COMPRIMIDOS	-	2
MULTIGEN PLUS COMPRIMIDOS	-	2
MULTIGEN COMPRIMIDOS	-	2
ricon cápsulas (equiv. TRINSICON)	-	2
NEPHRON FA COMPRIMIDOS	-	3
FERREX 28 COMPRIMIDOS	-	4
nultivitaminas comprimidos	-	4
BENTIVITE COMPRIMIDOS	-	NC
BIFERARX COMPRIMIDOS	-	NC
B-SERENE TOALLITAS	-	NC
CORVITE COMPRIMIDOS	-	NC
CYFOLEX CÁPSULAS	-	NC
FEONYX COMPRIMIDOS	-	NC
FERIVA 21/7 COMPRIMIDOS	-	NC
FERRO-PLEX COMPRIMIDOS	-	NC
olbee comprimidos (equiv. FOLGARD RX)	<u>-</u>	NC
FOLGARD RX COMPRIMIDOS	-	NC
FOLITE COMPRIMIDOS		NC
FOLVITE-FE COMPRIMIDOS		NC
MULTIVITAMINAS COMPRIMIDOS	<u>-</u>	NC
OVEEZA CÁPSULAS	<u>.</u>	NC
SVELZA OAI GOLAG		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

					<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
		Α	GENTES HEMATOPOYÉTICO	OS Cor	<u></u>	
PUREFOLIX CO	MPRIMIDOS				-	NC
HIERRO						
ACCRUFER CÁF	PSULAS				-	NC
sulfato ferroso eli	xir				ОТС	NC
SULFATO FERR	OSO LÍQUIDO				ОТС	NC
sulfato ferroso so	lución				отс	NC
MOVILIZADO	RES DE CÉLULAS PREC	URSO	RAS			
MOZOBIL INYEC	CTABLE				-	NC
lerixafor subcuta	áneo inyectable (equiv. MOZOBIL)			-	NC
KOLREMDI CÁP	SULAS				-	NC
			HEMOSTÁTICOS			
HEMOSTÁT	ICOS - SISTÉMICOS					
	pico solución (equiv. AMICAR)				-	3
•	pico comprimidos (equiv. AMICAR)			-	3
•	o comprimidos (equiv. LYSTEDA)	,			<u>-</u>	3
MICAR SOLUC					-	NC
MICAR COMPE	• • • •				-	NC
YKLOKAPRON					-	NC
YSTEDA COMP					-	NC
	o inyectable (equiv.				-	NC
CYKLOKAPRON			,			
			HIPNÓTICOS			
HIPNÓTICO:	S NO BARBITÚRICOS					
	midos (equiv. AMBIEN) (QL= 1				QL	2
colbiaetti combrii	() (W-	_
comprimido/día)	, ,				4 2	_
comprimido/día) ANTAGONIS	TAS DE LOS RECEPTOR	ES DE	OREXINA			
comprimido/día)	TAS DE LOS RECEPTOR				-	NC
comprimido/día) ANTAGONIS	TAS DE LOS RECEPTOR		OREXINA	OS DE	-	
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI	TAS DE LOS RECEPTOR			OS DE	-	
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS			OS DE	-	
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS			OS DE	- L SUEÑO	NC
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS			OS DE	L SUEÑO	NC 2
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICO: enobarbital elixir FENOBARBITAL BECONAL CÁPS	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS	TES/A		OS DE	L SUEÑO	NC 2 2 2
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS	TAS DE LOS RECEPTORI MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO	TES/A		OS DE	L SUEÑO	NC 2 2 3
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprii	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR)	TES/A		OS DE	L SUEÑO	NC 2 2 2
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICO: enobarbital elixir FENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICO: loxepina comprir HIPNÓTICO:	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS	TES/A	AGENTES PARA TRASTORNO	OS DE	- L SUEÑO - - -	NC 2 2 3 NC
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL SECONAL CÁPS HIPNÓTICOS doxepina comprir HIPNÓTICOS	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL=	TES/A	MGENTES PARA TRASTORNO	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2
comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL SECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona com nidazolam inyec	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr	TES/A	MGENTES PARA TRASTORNO	OS DE	- L SUEÑO - - -	NC 2 2 3 NC 2 2
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona com inidazolam inyeciemazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL)	TES/A	MGENTES PARA TRASTORNO	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona com inidazolam inyeci emazepam cáps emazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr sulas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL)	TES/A	MGENTES PARA TRASTORNO	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 2
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprii HIPNÓTICOS eszopiclona com nidazolam inyeci emazepam cáps emazepam cáps taleplón cápsulat	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 2 2
omprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS oxepina comprir HIPNÓTICOS szopiclona com nidazolam inyeci emazepam cáps emazepam cáps aleplón cápsula: olpidem ER corr	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) culas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul primidos (equiv. AMBIEN CR) (Q	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 2 2 2 2
omprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL SECONAL CÁPS HIPNÓTICOS oxepina comprir HIPNÓTICOS exaciona compidazolam inyecionazolam inyecionazolam cáps emazepam cáps aleplón cápsulas olpidem ER comemazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restrulas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL) si (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul primidos (equiv. AMBIEN CR) (Q sulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL)	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 2 2 2 2 4
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL SECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona com nidazolam inyeci emazepam cáps emazepam cáps caleplón cápsulas colpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restreulas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL) si (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul primidos (equiv. AMBIEN CR) (Quius 22.5 mg (equiv. RESTORIL) sulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL)	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	DS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 2 2 2 2 4 4
MIPNÓTICO: comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICO: conobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICO: coxepina comprir HIPNÓTICO: coxepina comprir HIPNÓTICO: coxepina comprir compridazolam inyeci comazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) culas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul diprimidos (equiv. AMBIEN CR) (Q culas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) culas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) MPRIMIDOS	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 2 2 2 2 4 4 NC
MIPNÓTICO: comprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICO: conobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICO: coxepina comprir coxepina	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) culas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul diprimidos (equiv. AMBIEN CR) (Q culas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) culas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) MPRIMIDOS RIMIDOS	TES/A DS 1 compri	imido/día) especialistas en Neurología)	OS DE	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS doxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona compridazolam inyectemazepam cáps emazepam cáps caleplón cápsulas colpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps caleplón Cápsulas colpidem ER com emazepam cáps	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr tulas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul nprimidos (equiv. AMBIEN CR) (Q tulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) sulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) sulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) MPRIMIDOS MPRIMIDOS MPRIMIDOS	TES/A 1 comprii ingido a e a/día) L= 1 com	imido/día) especialistas en Neurología)		- L SUEÑO	NC 2 2 2 2 2 2 4 4 NC
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS doxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona compinidazolam inyeci emazepam cáps emazepam cáps colpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps colpidem ER com emazepam cáps e	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS CULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) culas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul primidos (equiv. AMBIEN CR) (Q culas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) culas 7.5 mg (equiv. RESTORIL)	TES/A 1 comprii ingido a e a/día) L= 1 com	imido/día) especialistas en Neurología) nprimido/día) ones y formas de los productos enumerados en la li		- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS doxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona compridazolam inyect emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps caleplón cápsulas colpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps caleplón Cápsulas colpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps colpidem ER com emazepam cáps emazep	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS GULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr tulas 15 mg (equiv. RESTORIL) sulas 30 mg (equiv. RESTORIL) s (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul nprimidos (equiv. AMBIEN CR) (Q tulas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) sulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) sulas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) MPRIMIDOS MPRIMIDOS MPRIMIDOS	TES/A 1 comprii ingido a e a/día) L= 1 com	imido/día) especialistas en Neurología)		- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC
omprimido/día) ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICO: enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICO: oxepina comprir HIPNÓTICO: szopiclona com nidazolam inyect emazepam cáps aleplón cápsula: olpidem ER com emazepam cáps emazepam cáps emazepam cáps caps caps caps caps caps caps caps ca	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS COM	TES/A 1 compri ingido a e a/día) L= 1 com oncentracio	imido/día) especialistas en Neurología) nprimido/día) ones y formas de los productos enumerados en la li genérico = letras minúsculas Infertilidad	sta de med	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC
ANTAGONIS BELSOMRA COI BELSOMRA SL COI BOTAL SAIVO QUE SE BELSOMRA COI BELSOMRA SL COI BOTAL SAIVO QUE SE BELSOMRA COI BEL	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS SULAS S - AGENTES TRICÍCLICO midos (equiv. SILENOR) S NO BARBITÚRICOS primidos (equiv. LUNESTA) (QL= table (equiv. MIDAZOLAM) (Restr culas 15 mg (equiv. RESTORIL) culas 30 mg (equiv. RESTORIL) si (equiv. SONATA) (QL= 1 cápsul primidos (equiv. AMBIEN CR) (Q culas 22.5 mg (equiv. RESTORIL) culas 7.5 mg (equiv. RESTORIL) MPRIMIDOS RIMIDOS MPRIMIDOS indique lo contrario, se cubren todas las co cubierto e No cubierto, revisor externo in del plan o médico	TES/A 1 compri ingido a e a/día) L= 1 com oncentracio	imido/día) especialistas en Neurología)	sta de med	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC
ANTAGONIS BELSOMRA COI HIPNÓTICOS enobarbital elixir ENOBARBITAL BECONAL CÁPS HIPNÓTICOS loxepina comprir HIPNÓTICOS eszopiclona comprir HIPNÓTICOS eszopiclona comprir comprir HIPNÓTICOS eszopiclona comprir	TAS DE LOS RECEPTOR MPRIMIDOS HIPNÓTICOS/SEDAN S BARBITÚRICOS COMPRIMIDOS COM	TES/A 1 compri ingido a e a/día) L= 1 com oncentracio	imido/día) especialistas en Neurología) primido/día) especialistas en Neurología) ones y formas de los productos enumerados en la li genérico = letras minúsculas Infertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	sta de med	- L SUEÑO	NC 2 2 3 NC 2 2 2 2 4 4 NC NC

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Cádigo consolal	Niisz
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO Cont.	Código especial	<u>Nive</u>
		NC
estazolam comprimidos (equiv. PROSOM) FLURAZEPAM CÁPSULAS	-	NC
HALCION COMPRIMIDOS	-	NC
NTERMEZZO SL COMPRIMIDOS	_	NC
UNESTA COMPRIMIDOS	-	NC
QUAZEPAM COMPRIMIDOS	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 15 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 22,5 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 30 MG	-	NC
RESTORIL CÁPSULAS 7.5 MG	-	NC
riazolam comprimidos (equiv. HALCION)	-	NC
OLPIDEM CÁPSULAS	-	NC
artrato de zolpidem SL comprimidos (equiv. INTERMEZZO)	-	NC
OLPIMIST SPRAY	-	NC
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE OREXINA		
DAYVIGO COMPRIMIDOS	-	NC
QUVIVIQ COMPRIMIDOS	-	NC
AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE MELATONINA		
	QL	3
amelteón comprimidos (equiv. ROZEREM) (QL= 1 comprimido/día) IETLIOZ CÁPSULAS	- -	NC
IETLIOZ SUSPENSIÓN	-	NC
ROZEREM COMPRIMIDOS	-	NC
asimelteon cápsulas (equiv. HETLIOZ)	-	NC
LAXANTES		
COMBINACIONES LAXANTES		
	QL	1
GAVILYTE-C SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago le marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	'
GOLYTELY SOLUCIÓN (\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de	QL	1
narca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	~-	
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos de Moviprep) (equiv. MOVIPREP) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años	: QL	1
os demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	,	
peg 3350/electrolitos solución (equiv. COLYTE) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
neg 3350/electrolitos solución (equiv. NULYTELY) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	QL	1
odio/magnesio/potasio solución (equiv. SUPREP) (\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario)	, QL	1
SUFLAVE SOLUCIÓN (QL= 2 reposiciones/año calendario)	QL	3
CLENPIQ SOLUCIÓN .	-	NC
IOVIPREP SOLUCIÓN	-	NC
PEG KIT DE PREPARACIÓN	-	NC
PLENVU SOLUCIÓN	-	NC
SUPREP PAQUETE DE PREPARACIÓN INTESTINAL	-	NC
SUTAB COMPRIMIDOS	-	NC
LAXANTES - MISCELÁNEOS		
actulosa solución	-	2
		_

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Ultima	actualización* 9/11/2025		
Nombre		Código especial	Nive
	LAXANTES Cont.		
GIALAX KIT		-	NC
actulosa paquete de cristales orales		-	NC
MIRALAX		OTC	NC
MIRALAX PAQUETE		OTC	NC
polietilenglicol 3350 polvo (equiv. MIRALAX)		OTC	NC
polietilenglicol paquete (equiv. MIRALAX)		OTC	NC
LAXANTES SALINOS			
			NC
OSMOPREP COMPRIMIDOS	FÉOLOGO LOGAL EG BARENTERAL EG	_	NC
COMBINACIONES DE ANESTÉSICOS LOCALES	TÉSICOS LOCALES-PARENTERALES		
ROPIVACAÍNA/CLONIDINA/KETOROLACO INYECTABLE		-	NC
	MACRÓLIDOS		
AZITROMICINA			
azitromicina suspensión (equiv. ZITHROMAX)		-	2
azitromicina comprimidos (equiv. ZITHROMAX)		-	2
ZITHROMAX POLVO EN PAQUETE		-	4
ZITHROMAX SUSPENSIÓN		-	NC
ZITHROMAX COMPRIMIDOS		-	NC
CLARITROMICINA			
elaritromicina comprimidos (equiv. BIAXIN)		-	2
CLARITROMICINA SUSPENSIÓN		-	3
elaritromicina ER comprimidos (equiv. BIAXIN XL)		-	4
BIAXIN COMPRIMIDOS		-	NC
ERITROMICINAS			
ERITROMICINA CÁPSULAS DR		-	3
eritromicina DR cápsulas (equiv. ERYC)		_	3
ERITROMICINA EC CÁPSULAS		-	3
eritromicina etilsuccinato suspensión (equiv. ERYPED)		-	3
eritromicina comprimidos (equiv. ERYTHROMYCIN) (todas las formas,	salvo PCE)	-	3
E.E.S. COMPRIMIDOS	Salvo i GE)	_	4
eritromicina etilsuccinato comprimidos (equiv. E.E.S.)		-	4
eritromicina comprimidos (equiv. ERY-TAB)		_	4
PCE COMPRIMIDOS		-	4
ERYPED SUSPENSIÓN		-	NC
FIDAXOMICINA		-	NO
DIFICID SUSPENSIÓN (QL= 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere	a prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución)	QL-ST	3
DIFICID COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/reposición; la terapia escalonada solución)	requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq	QL-ST	3
idaxomicina comprimidos (equiv. DIFICID) (QL= 20 comprimidos/recarga; la tera solución Firvanq)	pia escalonada requiere prueba de cápsula de vancomicina o	QL-ST	3
	DSITIVOS MÉDICOS		
PARENTERAL			
NPEN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN DE INSULINA		-	NC
DISPOSITIV ANTICONCEPTIVOS	OS E INSUMOS MÉDICOS		
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas			
NC = No cubierto genérico =	etras minúsculas MARCAS = LET	RAS MAYÚSCULAS	

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS Cont.		
CERVICAL CÁPSULAS	-	1
DIAFRAGMA	-	1
CONDONES FEMENINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1
CONDONES MASCULINOS (QL= 12 condones/reposición)	OTC-QL	1
INSUMOS PARA DIABÉTICOS		
ACCU-CHEK GUIDE MEDIDOR	OTC	1
ACCU-CHEK GUIDE ME KIT	OTC	1
REESTYLE FREEDOM LITE MEDIDOR	OTC	1
REESTYLE LITE MEDIDOR	OTC	1
REESTYLE PRECISION NEO MEDIDOR	OTC	1
PRECISION XTRA MEDIDOR	OTC	1
ÍQUIDO DE CALIBRACIÓN	OTC	2
DISPOSITIVO DE LANCETA	OTC	2
(IT DE LANCETA	OTC	2
ANCETAS	OTC	2
DEXCOM G6 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G6 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando lictualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G6 TRANSMISOR (QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está tilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando inclualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 SENSOR (QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS) (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está	QL-ST	3
utilizando actualmente insulina)		
REESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE 2 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE 3 LECTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está itilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE 3 SENSOR (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está itilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR (QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE RECEPTOR (QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está itilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
REESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS) (QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro o está utilizando actualmente insulina)	QL-ST	3
SLUCOCARD 01 KIT DE GLUCÓMETRO C/DISPOSITIVO	-	3
SLUCOCARD 01-MINI KIT DE GLUCOSA C/DISPOSITIVO	-	3
SLUCOCARD EXPRESSION KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3
SLUCOCARD SHINE CONNEX KIT C/DISPOSITIVO	-	3
SLUCOCARD SHINE EXPRESS KIT C/DISPOSITIVO	-	3
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Niv
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS Cont.		
GLUCOCARD SHINE KIT C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD VITAL KIT MONITOR C/DISPOSITIVO	-	3
GLUCOCARD X-METER KIT C/DISPOSITIVO	-	3
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
DMNIPOD 5 G7 MIS PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (QL= 10 pods/30 días)	QL	3
OMNIPOD PAQUETE DE 5 PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
DMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN (QL= 1 kit/año)	QL	3
OMNIPOD DASH PODS (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD GO KIT (QL= 10 pods/mes)	QL	3
OMNIPOD KIT DE INICIO (QL= 1 kit/año)	QL	3
ONETOUCH DELICA LANCETAS	ОТС	3
ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS	OTC	3
ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS	ОТС	3
TEMPO SMART BUTTON (QL= 1 botón/8 meses)	QL	3
V-GO KIT INYECTABLE (QL= 1 kit/día)	QL	3
MEDIDOR DE GLUCOSA (todos los demás medidores de glucosa)	ОТС	NC
OMNIPOD DASH PDM KIT	-	NC
TWIIST KIT DE RECARGA	-	NC
TWIIST KIT DE INICIO	-	NC
MISC. DISPOSITIVOS		
GASA CON ALCOHOL	OTC	2
PRODUCTOS DE HIGIENE ORAL		
HURRISEAL MIS SNAP	-	NC
INSUMOS PARA TERAPIA PARENTERAL		
JERINGA DE INSULINA B-D	OTC	2
AGUJA PARA PLUMA B-D	OTC	2
EMBECTA JERINGA DE INSULINA	OTC	2
EMBECTA AGUJA PARA PLUMA	ОТС	2
NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA	OTC	2
NOVOTWIST/NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA	ОТС	2
CEQUR SIMPLICITY	-	NC
JERINGA DE INSULINA	OTC	NC
AGUJA PARA PLUMA	OTC	NC
INSUMOS PARA TERAPIA RESPIRATORIA		
MEDIDOR DE FLUJO PICO	OTC	2
	ОТС	3
AEROCHAMBER	0.0	

ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

ZAVZPRET SPRAY NASAL (QL= 6 unidades/reposición; 60 unidades/365 días)

PA-QL

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC = No cubierto genérico = letras minúsculas NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan Distribución limitada Beneficio médico MSP OTC М Programa obligatorio de farmacia especializada De venta libre Restricción a especialistas PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SF SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses **RxCENTS** Programa de vacunación

3

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA (Cont.	
QULIPTA COMPRIMIDOS	-	NC
BRELVY COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES PARA LA MIGRAÑA		
artrato de ergotamina/cafeína comprimidos (equiv. CAFERGOT)	-	4
RGOTAMINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS	-	4
CETAMINOFENO/ISOMETEPTENO/DICLORAL CÁPSULAS	-	NC
cetaminofeno/isometepteno/dicloral cápsulas (equiv. MIDRIN)	-	NC
SOMETEPTENO/CAFEÍNA/ACETAMINOFENO COMPRIMIDOS	-	NC
sometepteno/cafeína/acetaminofeno comprimidos (equiv. PRODRIN)	-	NC
MIGERGOT SUPOSITORIOS	-	NC
PRODRIN COMPRIMIDOS	-	NC
SUMANSETRON PAK	-	NC
umatriptán/naproxeno comprimidos (equiv. TREXIMET)	-	NC
YMBRAVO COMPRIMIDOS	-	NC
REXIMET COMPRIMIDOS	-	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA		
RGOMAR SL COMPRIMIDOS (QL= 20 comprimidos/28 días)	PA-QL	4
D.H.E. INYECTABLE	-	NC
ihidroergotamina mesilato inyectable (equiv. D.H.E.)	-	NC
ihidroergotamina mesilato spray nasal (equiv. MIGRANAL)	-	NC
IIGRANAL SPRAY	-	NC
RUDHESA SPRAY NASAL	-	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
AIMOVIG INY.	-	NC
JOVY INYECTABLE	<u>-</u>	NC
MGALITY INYECTABLE	-	NC
EMGALITY INYECTABLE 100 MG/ML	<u>-</u>	NC
PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA - AINE		
CAMBIA POLVO	-	NC
liclofenaco potásico (migraña) paquete (equiv. CAMBIA)	-	NC
ELYXYB SOLUCIÓN	-	NC
AGONISTAS DE LA SEROTONINA		
zatriptán ODT (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2
zatriptán comprimidos (equiv. MAXALT) (QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días)	QL	2
umatriptán comprimidos (equiv. IMITREX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	2
letriptán comprimidos (equiv. RELPAX) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
aratriptán comprimidos (equiv. AMERGE) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
UMATRIPTÁN INYECTABLE (QL = 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
umatriptán inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
UMATRIPTÁN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML (QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
umatriptán spray nasal (equiv. IMITREX, SUMATRIPTÁN) (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
umatriptán vial inyectable (equiv. IMITREX) (QL= 5 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
olmitriptán ODT (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
olmitriptán comprimidos (equiv. ZOMIG) (QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	3
Imotriptán comprimidos (QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medica		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo		
EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD	Distribución limitada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Programa obligatorio de farmacia especializada

QL

MSP

SMKG

Infertilidad

RxCENTS

Límite de cantidad

Abandono del tabaquismo

EXC

М

PΑ

Exclusión del plan

Beneficio médico

Autorización previa

primeros 3 meses Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

LD

RS

OTC

Distribución limitada

Terapia escalonada

Restricción a especialistas

De venta libre

Última actualización* 9/11/2025

	Ollilla actualizacion 3/11/2023		
Nombre		Código especial	<u>Nivel</u>
	PRODUCTOS PARA LA MIGRAÑA Cont.		
IMITREX INYECTABLE (QL= 4 iny./reposic	ión, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
zolmitriptán spray nasal (equiv. ZOLMITRIP	TÁN, ZOMIG) (QL = 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOLMITRIPTAN SPRAY (QL= 6 sprays/rep	osición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días)	QL	4
ZOMIG SPRAY (QL= 6 sprays/reposición, 2	reposiciones/30 días)	QL	4
ALSUMA INYECTABLE, ZEMBRACE SYM	TOUCH INYECTABLE	-	NC
AMERGE COMPRIMIDOS		-	NC
AXERT COMPRIMIDOS		-	NC
FROVA COMPRIMIDOS		-	NC
frovatriptán comprimidos (equiv. FROVA)		-	NC
IMITREX INYECTABLE		-	NC
IMITREX COMPRIMIDOS		-	NC
IMITREX VIAL INYECTABLE		-	NC
MAXALT MLT COMPRIMIDOS		-	NC
MAXALT COMPRIMIDOS		-	NC
ONZETRA XSAIL		-	NC
RELPAX COMPRIMIDOS		-	NC
REYVOW COMPRIMIDOS		-	NC
SUMAVEL DOSEPRO INYECTABLE		-	NC
TOSYMRA SOLUCIÓN		-	NC
ZECUITY PARCHES		-	NC
ZOMIG COMPRIMIDOS		-	NC
ZOMIG ZMT		-	NC
	MINERALES Y ELECTROLITOS		
FLÚOR			
FLUORABON SOLUCIÓN (\$0 de copago p preferida)	ara miembros de 5 años o menos; los demás miembros están cubiertos con	un copago de marca	- 1
cubiertos con un copago de medicamento g	de copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros enérico) e copago para miembros de 5 años o menos; los demás miembros cubiertos	-	1
		con un copago de medicame	into generio: 1
sodio fluoruro comprimidos (equiv. LURIDE miembros cubiertos con un copago de med) (\$0 de copago para miembros de 5 años o menos; los demás camento genérico)	-	'
MAGNESIO			
MAGNESIO SULFATO INYECTABLE		-	NC
magnesio sulfato inyectable		-	NC
FOSFATO			
phospha 250 neutral comprimidos (equiv. K	-PHOS NEUTRAL)	-	2
K-PHOS COMPRIMIDOS		-	3
potasio fosfato monobásico comprimidos (e	quiv. K-PHOS)	-	3
K-PHOS NEUTRAL COMPRIMIDOS		-	NC
POTASIO			
K-TAB		-	2
POTASIO/CLORURO COMPRIMIDOS EFE	RVESCENTES	-	2
potasio bicarbonato comprimidos efervesce	ntes (equiv. K-LYTE)	-	2
potasio cloruro comprimidos efervescentes		-	2
	,		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
	NC/3P = No cubierto, revisor externo				
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025 Nombre Código especial Nivel **MINERALES Y ELECTROLITOS Cont.** 2 cloruro de potasio ER cápsulas (equiv. MICRO-K) 2 potasio cloruro ER comprimidos (equiv. K-TAB) 2 cloruro de potasio microcomprimidos (equiv. K-DUR) POTASIO CLORURO COMPRIMIDOS ER 2 3 cloruro de potasio polvo en paquete (equiv. KLOR-CLORURO DE POTASIO SOLUCIÓN 3 NC POKONZA POLVO SÓDICO SODIO CLORURO INYECTABLE M 6 cloruro de sodio invectable NC **ZINC** OTC zinc gluconato comprimidos 2 GALZIN CÁPSULAS NC CLASES TERAPÉUTICAS MISCELÁNEAS **AGENTES QUELANTES** 3 penicilamina comprimidos (equiv. DEPEN TITRATAB) MSP-PA 5 trientina cápsulas (equiv. SYPRINE) CUPRIMINE CÁPSULAS NC NC **CUVRIOR COMPRIMIDOS** NC **DEPEN TITRATAB** NC penicilamina cápsulas (equiv. CUPRIMINE) SYPRINE CÁPSULAS NC TRIENTINA CÁPSULAS NC INMUNOMODULADORES LD-QL-RS lenalidomida cápsulas (equiv. REVLIMID) (QL= 1 cápsula/día; restringido a especialistas en Oncología o Hematología; 2 únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) LD-QL-RS 5 REVLIMID CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido a especialistas en Oncología o Hematología) LD-PA-QL 5 REZUROCK COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306) NC JOENJA COMPRIMIDOS VYVGART HYTRULO INYECTABLE NC INMUNOSUPRESORES РΑ 5 everolimus comprimidos (equiv. ZORTRESS) LD-PA-QL LUPKYNIS CÁPSULAS (QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx 5 Pharmacy 855-726-8479) 5 sirolimús solución (equiv. RAPAMUNE) NC ASTAGRAF XL CÁPSULAS azatioprina comprimidos 100 mg (equiv. AZASAN) NC NC azatioprina comprimidos 75 mg (equiv. AZASAN) **ENSPRYNG INYECTABLE** NC

AGENTES DEL ESPECTRO DE SOBRECRECIMIENTO RELACIONADO CON PIK3CA (PROS)

MIHIBBIN SUSPENSIÓN

ZORTRESS COMPRIMIDOS

Programa de vacunación

PROGRAF PAQUETE RAPAMUNE SOLUCIÓN

VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)

LD-PA-QL

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

RxCENTS

NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD Distribución limitada MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre Μ Beneficio médico PΑ Autorización previa ΩI Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses

NC NC

NC

NC

5

Última actualización* 9/11/2025

Nombre				Código especial	Nive
	CLASES '	TERAPÉUTICAS MISCELÁN	IEAS Co	nt.	
IJOICE COMPRIMIDOS (QL= 1 comp	orimido/día; únicamen	te disponible a través de Biologics 800-8	350-4306)	LD-PA-QL	5
50-4306)	·	únicamente disponible a través de Biolo	gics 800-	LD-PA-QL	5
AGENTES REMOVEDORES I	DE POTASIO				
OKELMA PAK (QL= 1 paquete/día)				PA-QL	3
ELTASSA POLVO 1 GM (QL= 4 paqu	ietes/día)			PA-QL	3
OKELMA PAK 10 GM				-	NC
OKELMA PAK 5 GM				-	NC
_{IPS} Agentes para el tratan	MIENTO DE LA F	PROGERIA		-	NC
OKINVY CÁPSULAS				-	NC
AGENTES CONTRA EL LUPI	JS ERITEMATOS	SO SISTEMICO			
BENLYSTA AUTOINYECTOR (QL= 4 i	ny./28 días)			MSP-PA-QL	5
ENLYSTA INY. (QL= 4 iny./28 días)				MSP-PA-QL	5
NECTÉCICOS ODAL ES DE L		PARA LA BOCA/GARGANT	A/DIEN	TES	
NESTÉSICOS ORALES DE L TÓPICO	JSO				
docaína solución viscosa (equiv. LIDO	CAÍNA HCL [BOCA-	GARGANTA])		-	2
IRST ENJUAGUE BUCAL BLM	•	- /		-	4
IDOCAÍNA SOLUCIÓN ORAL 4%				-	NC
ANTIINFECCIOSOS - GARGA	ANTA				
otrimazol pastillas (equiv. MYCELEX	PASTILLAS)			-	2
istatina suspensión	,			-	2
ISTATINA SUSPENSIÓN				-	NC
RAVIG COMPRIMIDOS				-	NC
ANTISÉPTICOS - BOCA/GAR	RGANTA				
lorhexidina gluconato solución (equiv.	PERIDEX)			-	2
EBACTEROL SOLUCIÓN	,			-	NC
ERIDEX SOLUCIÓN				-	NC
PRODUCTOS DENTALES					
	de copago para miem	bros de 5 años o menos; los demás mie	mbros cubie	ertos con -	1
	NT) (\$0 de copago pa	ra miembros de 5 años o menos; los del	más miembr	ros -	1
ubiertos con un copago de medicamer LUORIDEX PASTA PARA SENSIBILI	nto genérico)				2
odio fluoruro gel (equiv. PREVIDENT)				-	2
odio fluoruro ger (equiv. PREVIDENT) odio fluoruro pasta (equiv. PREVIDEN				-	2
odio fluoruro enjuaque (equiv. PREVII	,			-	2
REVIDENT GEL	JENI)			-	3
REVIDENT PASTA				-	3
REVIDENT SOLUCIÓN				-	3
RAICHE 5000 SENSITIVE GEL				-	NC
ESTEROIDES - BOCA/GARG	ΔΝΤΔ				
iamcinolona en pasta de orabase (equ		ASE)		-	2
PRODUCTOS PARA LA GAR					
vilocarpina comprimidos (equiv. SALAG	,	non u formon do los senduntes como de la	lioto de en el	-	2
NC = No cubierto	ren lodas las concentracio	nes y formas de los productos enumerados en la genérico = letras minúsculas	iista de medica	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo		-			
EXC Exclusión del plan	INF MSP	Infertilidad	LD OTC	Distribución limitada De venta libre	
M Beneficio médico PA Autorización previa	MSP QL	Programa obligatorio de farmacia especializada Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	

PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas

SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST Terapia escalonada primeros 3 meses

VAC Programa de vacunación ¢ RXCENTS

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

М

PΑ

SF

VAC

Beneficio médico

Autorización previa

primeros 3 meses Programa de vacunación

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

		Obalgo copedial	1414
	AGENTES PARA LA BOCA/GARGANTA/DIEN' Cont.	TES	
cevimelina cápsulas (equiv. EVOXAC)	oona.	-	3
EVOXAC CÁPSULAS		-	NC
GELCLAIR GEL		-	NC
PROTHELIAL PASTA		-	NC
SALAGEN COMPRIMIDOS		-	NC
SILATRIX GEL		-	NC
	MULTIVITAMINICOS		
VITAMINAS DEL COMPLEJO B	IIIO ETTVITAIIII (1000		
EB-N3 DR CÁPSULAS		-	NC
COMPLEJO B CON ÁCIDO FÓLICO			
DIALYVITE COMPRIMIDOS		-	2
DIALYVITE/ZINC COMPRIMIDOS		-	2
FOLBEE PLUS CZ COMPRIMIDOS		-	2
dialyvite comprimidos (equiv. NEPHRO-VITE)		-	NC
FIBRIK CÁPSULAS		-	NC
renapro cápsulas (equiv. NEPHROCAP)		-	NC
MULTIVITAMÍNICO CON MINERALE	S		
multivitaminas/minerales comprimidos (equiv. S7	TROVITE)	-	NC
STROVITE COMPRIMIDOS		-	NC
V-C FORTE CÁPSULAS		-	NC
/-c forte cápsulas (equiv. V-C FORTE)		-	NC
MULTIVITAMÍNICOS			
FOLIKA-V COMPRIMIDOS		-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO CO	ON FL Y FE		
ESCAVITE COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro/hierro so	lución	-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO CO	ON FLUORURO		
FLORIVA PLUS GOTAS		-	NC
MULTIVITAMINA COMPRIMIDOS MASTICABLE	-s	-	NC
vitaminas múltiples pediátricas/fluoruro solución		-	NC
POLY-VI-FLOR SUSPENSIÓN		-	NC
TRI-VITAMINA FLÚOR GOTAS		-	NC
MULTIVITAMÍNICO PEDIÁTRICO Y I	MINERALES CON FLUORURO		
FLORIVA COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	NC
VITAMINAS PRENATALES			
CONCEPT DHA CÁPSULAS		-	2
PRENATABS RX COMPRIMIDOS		-	2
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS MASTICABLES		-	2
PRENATAL 19 COMPRIMIDOS		-	2
/ITAMINAS PRENATALES (PRENATAL PLUS,	PREPLUS, PRENAPLUS)	-	2
/P-PNV-DHA CÁPSULAS	,	-	2
AZESCHEW COMPRIMIDOS 13-1 MG		-	4
MYNATAL-Z COMPRIMIDOS		-	4
NEONATAL 19 COMPRIMIDOS		-	4
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas la	s concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos	S.	
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas MARCA	AS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión EXC del plan	· ·	ución limitada	
M Panaficia mádica	MCD Drograma obligatorio de formacio conscielizada OTO De const	to libro	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Programa obligatorio de farmacia especializada

Límite de cantidad

RxCENTS

Abandono del tabaquismo

MSP

SMKG

QL

¢

OTC

RS

ST

De venta libre

Terapia escalonada

Restricción a especialistas

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Nombre Código especial Nivel **MULTIVITAMÍNICOS Cont.** NEONATAL FE COMPRIMIDOS VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS) VITAFOL TIRAS AZESCO COMPRIMIDOS NC CITRANATAL MEDLEY CÁPSULAS JENLIVA CÁPSULAS NC MATERVIA CÁPSULAS NC MULTI-MAC COMPRIMIDOS NC NC PREGEN DHA CÁPSULAS NC PREGENNA COMPRIMIDOS PRENARA CÁPSULAS NC. PRENATE MAX COMPRIMIDOS NC PRENATOL-M COMPRIMIDOS 27-1.2 MG NC NC PRENATRIX COMPRIMIDOS NC PRENATRYL COMPRIMIDOS AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN CENTRAL 2 baclofeno comprimidos (equiv. BACLOFENO) carisoprodol comprimidos (equiv. SOMA) 2 ciclobenzaprina comprimidos 10 mg (equiv. FLEXERIL) 2 ciclobenzaprina comprimidos 5 mg (equiv. FLEXERIL) 2 2 metocarbamol comprimidos (equiv. ROBAXIN) 2 orfenadrina citrato ER comprimidos (equiv. NORFLEX) 2 tizanidina comprimidos (equiv. ZANAFLEX) clorzoxazona comprimidos 500 mg 3 tizanidina cápsulas (equiv. ZANAFLEX) 3 PA 4 baclofeno solución oral 10 MG/5 ML (equiv. BACLOFEN) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) PΑ BACLOFEN SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) baclofeno solución oral 5 mg/5 ml (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) PA PA 4 BACLOFEN SUSPENSIÓN (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) 4 ciclobenzaprina comprimidos 7.5 mg (equiv. FEXMID) PA LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante) AMRIX CÁPSULAS NC. **BACLOFENO SOLUCIÓN** NC baclofeno suspensión (equiv. BACLOFEN) NC NC baclofeno comprimidos 15 mg NC carisoprodol comprimidos 250 mg (equiv. SOMA) NC clorzoxazona comprimidos CLORZOXAZONA COMPRIMIDOS 250 MG, LORZONE COMPRIMIDOS NC CICLOBENZAPRINA KIT COMPUESTO NC NC ciclobenzaprina ER cápsulas (equiv. AMRIX) FLEQSUVY SUSPENSIÓN NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

METAXALONA COMPRIMIDOS

METHOCARBAMOL COMPRIMIDOS

metaxalona comprimidos (equiv. SKELAXIN)

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	primeros 3 meses Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

NC

NC NC

Última actualización* 9/11/2025

	Código especial	<u>Nive</u>
AGENTES DE TERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA cont.	_	
ROBAXIN COMPRIMIDOS	-	NC
SKELAXIN COMPRIMIDOS	-	NC
SOMA COMPRIMIDOS	-	NC
SOMA COMPRIMIDOS 250 MG	•	NC
ZANAFLEX CÁPSULAS	-	NC
ZANAFLEX COMPRIMIDOS	-	NC
RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA		
dantroleno cápsulas (equiv. DANTRIUM)	-	3
DANTRIUM CÁPSULAS	-	NC
AGENTES PARA LA FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA (FOP)		
SOHONOS CÁPSULAS 1.5 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 10 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 1 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 2.5 MG	-	NC
SOHONOS CÁPSULAS 5 MG	-	NC
COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES		
CARISOPRODOL/ASPIRINA COMPRIMIDOS	-	NC
carisoprodol/aspirina comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO)	-	NC
CARISOPRODOL/ASPIRINA/CODEÍNA COMPRIMIDOS	-	NC
carisoprodol/aspirina/codeína comprimidos (equiv. SOMA COMPUESTO/CODEINE)	-	NC
LORVATUS PHARMAPAK KIT	-	NC
NORGESIC FORTE COMPRIMIDOS	-	NC
NORGESIC COMPRIMIDOS, ORFENADRINA/ASPIRINA/CAFEÍNA COMPRIMIDOS 25-385-30 MG	-	NC
TIZANIDINA COMFORT KIT	-	NC
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS		
COMBINACIONES DE AGENTES		
azelastina/fluticasona spray nasal (equiv. DYMISTA)	-	NC
NASALES		
NASALES AZENASE PAK	-	NC
NASALES AZENASE PAK DYMISTA SPRAY	-	NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY	-	NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY	-	
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC.	-	NC
AZENASE PAK	-	NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL TICANASE PAK	- -	NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL TICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES	-	NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL FICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN	-	NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL FICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES	-	NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL FICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN)	-	NC NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL FICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN) azelastina spray nasal 0.15% (equiv. ASTEPRO)	- - - -	NC NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL FICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN) azelastina spray nasal (equiv. PATANASE)	- - - -	NC NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL TICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN) azelastina spray nasal 0.15% (equiv. ASTEPRO) blopatadina spray nasal (equiv. PATANASE) ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL	- - - -	NC NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL TICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN) azelastina spray nasal 0.15% (equiv. ASTEPRO) blopatadina spray nasal (equiv. PATANASE) ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL PATANASE SPRAY NASAL	- - - - -	NC NC NC NC NC
AZENASE PAK DYMISTA SPRAY RYALTRIS SPRAY AGENTES NASALES - MISC. ALZAIR SPRAY NASAL TICANASE PAK ANESTÉSICOS NASALES COCAÍNA HCL SOLUCIÓN ANTIALÉRGICOS NASALES azelastina spray nasal 0.1% (equiv. ASTELIN) azelastina spray nasal 0.15% (equiv. ASTEPRO) blopatadina spray nasal (equiv. PATANASE) ASTELIN SPRAY NASAL, ASTEPRO SPRAY NASAL	- - - - - -	NC NC NC NC NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Mombro	044!	NI:
Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS Co		
oudesonida spray nasal (equiv. RHINOCORT AQUA) (QL= 2 botellas/reposición)	OTC-QL	2
unisolida solución nasal (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2
uticasona spray nasal (equiv. FLONASE) (QL= 2 frascos/reposición)	QL	2
nometasona spray nasal (equiv. NASONEX) (QL= 2 botellas/reposición)	QL	2
riamcinolona OTC spray nasal (equiv. NASACORT) (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	2
FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL	OTC	3
BECONASE AQ SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, luticasona, triamcinolona o mometasona)	QL-ST	4
IASACORT OTC SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición)	OTC-QL	4
ZETONNA SPRAY NASAL (QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida,	QL-ST	4
uticasona, triamcinolona o mometasona)		
MNARIS SPRAY NASAL	-	NC
NASL SPRAY NASAL	-	NC
RHINOCORT AQUA SPRAY NASAL	-	NC
(HANCE INHALADOR NASAL	-	NC
DESCONGESTIVOS SIMPATICOMIMÉTICOS		
ADRENALIN SOLUCIÓN NASAL	•	NC
pinefrina hcl solución nasal (equiv. ADRENALIN)	-	NC
AGENTES NEUROMUSCULARES		
AGENTES CONTRA LA ELA		
luzol comprimidos (equiv. RILUTEK)	-	3
ADICAVA ORS KIT DE INICIO (QL= 70 ml/365 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
ADICAVA ORS SUSPENSIÓN (QL= 50 mL/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
XSERVAN PELÍCULA	-	NC
RILUTEK COMPRIMIDOS	-	NC
IGLUTIK SUSPENSIÓN	-	NC
AGENTES PARA LA ATAXIA DE FRIEDRICH		
SKYCLARYS CÁPSULAS (QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306)	LD-PA-QL	5
AGENTES PARA LA DISTROFIA MUSCULAR		
DUVYZAT SUSPENSIÓN ORAL		NC
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE RETT	-	140
	10.04.01	-
DAYBUE SOLUCIÓN (QL= 8 botellas/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007)	LD-PA-QL	5
AGENTES PARA LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (SMA)		
EVRYSDI SOLUCIÓN	•	NC
EVRYSDI COMPRIMIDOS	-	NC
NUTRIENTES		
.ÍPIDOS		
OJOLVI LÍQUIDO ORAL	-	NC
AGENTES OFTÁLMICOS		
LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES		
ACRISERT INSERTO OFTÁLMICO	-	NC
BETA BLOQUEADORES - OFTÁLMICOS		
BETA BEOQUEADORES - OF TALIMICOS BETAXOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA		2
	-	2
petaxolol solución oftálmica (equiv. BETOPTIC-S)	<u>-</u>	2
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
	,	
NC = No cubierto NC/2P = No cubierto evisor externo NC/2P = No cubierto revisor externo MARCA	S = LETRAS MAYÚSCULAS	

NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC INF LD Exclusión del plan Infertilidad Distribución limitada М Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC De venta libre PΑ Autorización previa QL Límite de cantidad RS Restricción a especialistas SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los ST Terapia escalonada SMKG Abandono del tabaquismo primeros 3 meses Programa de vacunación **RxCENTS**

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
AGENTES OFTÁLMICOS Con		
dorzolamida/timolol (pf) solución oftálmica (equiv. COSOPT)	· •	2
LEVOBUNOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
evobunolol solución oftálmica (equiv. BETAGAN)	-	2
imolol maleato solución oftálmica (equiv. TIMOPTIC)	-	2
BETIMOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	3
BETOPTIC-S SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
orimonidina/timolol solución oftálmica (equiv. COMBIGAN)	-	3
DORZOLAMIDA/TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
STALOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
METIPRANOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
imolol maleato gel oftálmico (equiv. TIMOPTIC-XE)	-	3
imolol maleato solución oftálmica 0.5 % (equiv. ISTALOL)	-	3
imolol solución oftálmica (equiv. BETIMOL)	-	3
imolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.5% (equiv. TIMOPTIC)	-	4
imolol maleato solución oftálmica sin conservantes 0.25% (equiv. TIMOPTIC)	-	4
BETAGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
CARTEOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
carteolol solución oftálmica (equiv. OCUPRESS)	-	NC
COMBIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
COSOPT PF SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.25%	-	NC
TIMOPTIC OCUDOSE SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	NC
TIMOPTIC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TIMOPTIC-XE GEL OFTÁLMICO	-	NC
AGONISTAS COLINÉRGICOS		
TYRVAYA SPRAY NASAL	-	NC
MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
atropina pomada oftálmica	-	2
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
atropina solución oftálmica (equiv. ISOPTO ATROPINA)	-	2
ATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 1%	-	2
ATROPINA SULFATO POMADA OFTÁLMICA	-	2
siclopentolato solución oftálmica (equiv. CYCLOGYL)	-	2
enilefrina solución oftálmica (equiv. MYDFRIN)	-	2
ropicamida solución oftálmica (equiv. MYDRIACYL)	-	2
CYCLOMYDRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
HOMATROPINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	4
CYCLOGYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
MYDCOMBI SOLUCIÓN OFTÁLMICA	•	NC
MYDRIACYL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TROPICAMIDA/CICLOPENTOLATO/KETOROLACO/SOLUCIÓN OFTÁLMICA FACOEMULSIFICACIÓ	ÒN -	NC
MIÓTICOS		
pilocarpina solución oftálmica (equiv. ISOPTO CARPINE)	-	2
SOPTO CARBACHOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
SOPTO CARPINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PHOSPHOLINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ilocarpina hcl solución oftálmica 1.25% (equiv. VUITY)	-	NC
OLOSI SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VUITY SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
IZZ SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ADRENÉRGICOS OFTÁLMICOS		
rimonidina solución oftálmica 0.2%	-	2
PRACLONIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
praclonidina solución oftálmica (equiv. IOPIDINE)	-	3
rimonidina solución oftálmica 0.15 % (equiv. ALPHAGAN P 0.15 %)	-	3
rimonidina tartrato solución oftálmica 0.1% (equiv. ALPHAGAN)	-	3
OPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
LPHAGAN P SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.15%	-	NC
OPIDINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
SIMBRINZA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ANTIINFECCIOSOS OFTÁLMICOS		
acitracina/neomicina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. NEOSPORIN)	_	2
acitracina/polimixina b pomada oftálmica (equiv. POLYSPORIN)	-	2
iprofloxacina solución oftálmica (equiv. CILOXAN)	-	2
ritromicina pomada oftálmica	-	2
SENTAK POMADA OFTÁLMICA	-	2
entamicina solución oftálmica (equiv. GARAMYCIN)	-	2
evofloxacina solución oftálmica (equiv. QUIXIN)	-	2
EVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.5%	-	2
noxifloxacino solución oftálmica (equiv. VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	-	2
IEOMICINA/POLIMIXINA/GRAMICIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
floxacina solución oftálmica (equiv. OCUFLOX)	-	2
olimixina b/trimetoprima solución oftálmica (equiv. POLYTRIM)	-	2
SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
ulfacetamida sódica solución oftálmica (equiv. BLEPH-10)	-	2
obramicina solución oftálmica (equiv. TOBREX)	-	2
ZASITE SOLUCIÓN	-	3
ACITRACINA POMADA OFTÁLMICA	-	3
IRGAN GEL OFTÁLMICO	-	3
CILOXAN POMADA OFTÁLMICA	-	4
atifloxacina solución oftálmica (equiv. ZYMAXID)	-	4
OBREX POMADA OFTÁLMICA	-	4
BESIVANCE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
BLEPH-10 SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
CILOXAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
RITROMICINA POMADA OFTÁLMICA	-	NC
EVOFLOXACINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
IOXEZA SOLUCIÓN OFTÁLMICA, MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VIGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
IOXIFLOXACINO SOLUCIÓN	-	NC
IATACYN SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Oluma actualización 9/11/2023	Código especial	Nive
	AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
NEOSPORIN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	7.02.11.20 0.17.2000 00111.	-	NC
OCUFLOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
POLYTRIM SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
TOBREX SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
FRIFLURIDINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
VANCOMICINA SOLUCIÓN		_	NC
/IGAMOX SOLUCIÓN OFTÁLMICA			NC
XDEMVY GOTAS		_	NC
ZYMAXID SOLUCIÓN OFTÁLMICA			NC
INMUNOMODULADORES OFTÁLMICO	ne		140
		QL-RS	2
ciciosporina emuision ortalinica (equiv. RESTASIS) Optometría)	(QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u	QL-110	_
CEQUA (PF) SOLUCIÓN OFTÁLMICA, VEVYE SO	DLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
CICLOSPORINA EMULSIÓN OFTÁLMICA 0.1%	22000 TALIMOT	-	NC
RESTASIS EMULSIÓN OFTÁLMICA		-	NC
ANTAGONISTAS DE LA INTEGRINA O	OFTÁLMICOS		
KIIDRA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	71 77 E.M. 6 6 6		NC
OFTÁLMICO - INHIBIDORES DE LA Q	UINASA		140
RHOPRESSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	<u> </u>	-	NC
ROCKLATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMIC	os		
proparacaína solución oftálmica (equiv. ALCAINE)		-	2
ALCAINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
HEEZO GEL		-	NC
FACTORES DE CRECIMIENTO DEL N	ERVIO OFTÁLMICO		
OXERVATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
FOTOPOTENCIADORES OFTÁLMICO	s		
PHOTREXA OP KIT	-	-	NC
PHOTREXA SOLUCIÓN OFTÁLMICA VISCOSA		-	NC
ESTEROIDES OFTÁLMICOS			
pacitracina/polimixina/neomicina/hidrocortisona por	nada oftálmica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
luorometolona solución oftálmica (equiv. FML LIQU		-	2
neomicina/polimixina/dexametasona pomada oftáln	,	-	2
neomicina/polimixina/dexametasona/dexametasona	· · ·	-	2
orednisolona acetato suspensión oftálmica (equiv.	, ,	-	2
PREDNISOLONA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA		-	2
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO SOLUCIÓN	OFTÁLMICA	-	2
sulfacetamida sódica/prednisolona solución oftálmi		-	2
SULFACETAMIDA/PREDNISOLONA SOLUCIÓN (· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	-	2
obramicina/dexametasona solución oftálmica (equ		-	2
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	· — ·,	-	3
ALREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.2%		-	3
BLEPHAMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	3
			-

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
difluprednato emulsión oftálmica (equiv. DUREZOL)	-	3
LOTEMAX POMADA OFTÁLMICA	<u>-</u>	3
oteprednol etabonato gel oftálmico (equiv. LOTEMAX)	-	3
oteprednol suspensión oftálmica (equiv. LOTEMAX, ALREX)	-	3
MAXIDEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
NEOMICINA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
PRED MILD SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
PRED-G SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	3
TOBRADEX POMADA OFTÁLMICA	-	3
BLEPHAMIDE S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	4
LOTEMAX GEL	-	4
CLOBETASOL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
DEXTENZA INSERTO OFTÁLMICO	-	NC
DUREZOL EMULSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
EYSUVIS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FLAREX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FML FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FML LIQUIFLIM SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
FML S.O.P. POMADA OFTÁLMICA	-	NC
NVELTYS SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
KLARITY-B GOTAS	-	NC
KLARITY-L GOTAS	-	NC
LOTEMAX SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
LOTEMAX SM GEL 0.38%	-	NC
MAXITROL POMADA OFTÁLMICA	-	NC
MAXITROL SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PRED FORTE SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/BROMFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/KETOROLACO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/MOXIFLOXACINO/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
PREDNISOLONA/NEPAFENACO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TOBRADEX SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	NC
TOBRADEX ST SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
ZYLET SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	-	NC
AYUDAS QUIRÚRGICAS OFTÁLMICAS		
DUOVISC KIT	-	NC
OFTÁLMICOS - MISC.		
azelastina solución oftálmica (equiv. OPTIVAR)	•	2
cromolina solución oftálmica (equiv. CROLOM)	-	2
CROMOLINA DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	-	2
diclofenaco sódico solución oftálmica (equiv. VOLTAREN)	-	2
dorzolamida solución oftálmica (equiv. TRUSOPT)	-	2

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

AGENTES OFTÁLMICOS Cont. ketorolaco solución oftálmica (equiv. ACULAR (LS)) ketolifeno solución oftálmica (equiv. AZDITOR) (Unicamente cubiertos los medicamentos OTC) OTC olopatadina solución oftálmica 0.1 % (equiv. PATANOL) OTC-Olopatadina solución oftálmica 0.2 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 ml/30 días) ALOCRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA ALOCRIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVALI SOLUCIÓN OFTÁLMICA CYSTARAN CONTRACTOR CYSTARAN CO	<u>al</u> <u>Nive</u>
ketotifalon solución offálmica (equiv. ZADITOR) (Únicamente cubiertos los medicamentos OTC) OTC olopatadina solución offálmica 0.1 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 mi/30 días) OTC-OL ALORIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - brimania suspensión offálmica (equiv. AZOPT) - bromfenaco solución offálmica (equiv. BROMDAY) - BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA - FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACUVAL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PEMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) QL CYSTADROPS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) QL CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) LD-QL-RS CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 88s-347-3416) LD-QL-RS UPNECE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - - ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA - - AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA <	
ketotifalon solución offálmica (equiv. ZADITOR) (Únicamente cubiertos los medicamentos OTC) OTC olopatadina solución offálmica 0.1 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 mi/30 días) OTC-OL ALORIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - brimania suspensión offálmica (equiv. AZOPT) - bromfenaco solución offálmica (equiv. BROMDAY) - BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA - FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACUVAL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PEMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADIRE SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) QL CYSTADROPS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) QL CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3mi/30 días) LD-QL-RS CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 88s-347-3416) LD-QL-RS UPNECE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - - ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA - - AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA <	2
olopatadina solución oftálmica 0.1 % (equiv. PATANOL) OTC olopatadina solución oftálmica 0.2 % (equiv. PATADAY) (QL= 2.5 ml/30 días) OTC-QL ALOORILS OLUCIÓN OFTÁLMICA - brinzolamida suspensión oftálmica (equiv. REOMDAY) - bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY) - BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA) - FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACUVALI SOLUCIÓN OFTÁLMICA - BEDADATIS SOLUCIÓN OFTÁLMICA - BEDADATIS SOLUCIÓN OFTÁLMICA - BEDADATIS SOLUCIÓN OFTÁLMICA - BEMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) QL CYSTACROPS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) LD-QL-RS UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA - Dromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) - bromfenaco sódico solución oftálmica (DATALMICA -	2
ALORIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA DIFINIZA ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA DIFINIZA DIFI	2
ALORIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ALOMIDE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - brintizolamida suspensión oftálmica (equiv. BROMDAY) - BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA) - FULRBIRPOFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - Bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) - EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - epinastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) - EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) - LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) QL CYSTARAPT SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) LD-QL-RS UPNEEO SOLUCIÓN - - VEYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ACUPAT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - UPNEEO SOLUCIÓN - ACUPAT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - BROMSITE GOTAS 0.075% - BROMSITE GOTAS 0.075% - BROMSITE GOTAS 0.075%	2
brinzolamida suspensión oftálmica (equiv. RZOPT) bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY) BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA) FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA cupinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specially Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEO SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA LEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA LEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA	3
bromfenaco solución oftálmica (equiv. BROMDAY) BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.09% (DOS VECES AL DÍA) FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA BEMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 3mi/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 3mi/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 3mi/30 días) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNECA SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL = 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNECA SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA BENDASSENSIÓN OFTÁLMICA CDESTATA SOLUCIÓN OFTÁLMICA BENDASSITE GOTAS 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA MEMANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MEMANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PAZARON SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZARO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYPY SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYPY SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZARO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZARO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZARO SOLUCIÓN OFTÁLMICA CTC TRYPTYPY SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZARO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	3
BROMFENAC SOLUCIÓN OFTÁLMICA FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA BEPADIANS SOLUCIÓN OFTÁLMICA BEPADIANS SOLUCIÓN OFTÁLMICA BEPADIANS SOLUCIÓN OFTÁLMICA EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. BLESTAT) -LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; UD-QL-RS dinicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; UD-QL-RS dinicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA	3
FLURBIPROFENO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución offálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución offálmica (equiv. ELESTAT) -LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QLE 3 mil/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QLE 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Offalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QLE 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Offalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QLE 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Offalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (DLE 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Offalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA	3
PROLENSA SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) LASTACAFT SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Malgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Malgreens 888-347-3416) - LD-QL-RS - LD-	3
ACUVAIL SOLUCIÓN OFTÁLMICA bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anova Speciality Pharmacy 844-288-5007) CYSTASTAS SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Malgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. BROMSITE) ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA ZOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA CTC TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	3
bepotastina solución oftálmica (equiv. BEPREVE) EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) - CAULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty disponible a t	3
EMADINE SOLUCIÓN OFTÁLMICA epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT)	4
epinastina solución oftálmica (equiv. ELESTAT) LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - REVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - REVPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4
LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 3ml/30 días) CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) chromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRUSOPT SOLUCIÓN -	4
CYSTADROPS SOLUCIÓN (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; unicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN	4
disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007) CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA ACOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416) UPNEEQ SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075%	5
UPNEEQ SOLUCIÓN ACULAR (LS) SOLUCIÓN OFTÁLMICA AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075%	5
AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) - bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) - BROMSITE GOTAS 0.075% - ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	EXC
AZOPT SUSPENSIÓN OFTÁLMICA bromfenaco sódico solución oftálmica 0.07% (equiv. PROLENSA) - bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) - BROMSITE GOTAS 0.075% - ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
bromfenaco sódico solución oftálmica 0.075% (equiv. BROMSITE) BROMSITE GOTAS 0.075% ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA	NC
BROMSITE GOTAS 0.075% - ELESTAT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% OTC TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA - OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICA - COTC DESTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
ILEVRO SUSPENSIÓN OFTÁLMICA MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS - CTC	NC
MIEBO SOLUCIÓN OFTÁLMICA - NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% OTC TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
NEVANAC SUSPENSIÓN OFTÁLMICA - PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% OTC TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
PATANOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% OTC TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
PAZEO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.7% TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA TRYPTYR SOLUCIÓN ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS OTC	NC
TRUSOPT SOLUCIÓN OFTÁLMICA - TRYPTYR SOLUCIÓN - ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
TRYPTYR SOLUCIÓN - CADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - CADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICAS - CADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICAS	NC
ZADITOR SOLUCIÓN OFTÁLMICA OTC ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
ZERVIATE SOLUCIÓN OFTÁLMICA - PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS	NC
	NC
latanoprost solución offálmica (equiv XALATAN) (OI = 2.5ml/30 días) QL	
	2
bimatoprost solución oftálmica (QL= 2.5 ml/30 días) QL	3
LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 2.5 ml/30 días) QL	3
tafluprost solución oftálmica sin conservantes (equiv. ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA) (QL= 1 vial/día) PA-QL	3
travoprost solución oftálmica (equiv. TRAVATAN Z) (QL= 2.5 ml/30 días)	3
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA (QL= 1 vial/día) PA-QL	4
IYUZEH GOTAS OFTÁLMICAS -	NC
TRAVATAN Z GOTAS -	NC
VYZULTA SOLUCIÓN -	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	Nive
	AGENTES OFTÁLMICOS Cont.		
(ALATAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA		-	NC
ELPROS EMULSIÓN OFTÁLMICA		-	NC
	AGENTES ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS - MISCELÁNE	EOS .		
ácido acético solución ótica (equiv. VOSOL)		-	2
ÁCIDO ACÉTICO/ACETATO DE ALUMINIO	SOLUCIÓN ÓTICA	-	2
ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS			
ofloxacina solución ótica (equiv. FLOXIN)		-	2
ciprofloxacina hcl solución ótica (equiv. CETF	RAXAL)	-	3
COMBINACIONES ÓTICAS			
neomicina/polimixina/hidrocortisona solución	ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
neomicina/polimixina/hidrocortisona suspensi	ión ótica (equiv. CORTISPORIN)	-	2
ciprofloxacina/dexametasona suspensión ótic	ca (equiv. CIPRODEX)	-	3
COLY-MYCIN S SUSPENSIÓN ÓTICA		-	3
antipirina/benzocaína solución ótica (equiv. A	AURALGAN)	-	NC
CIPRO HC SUSPENSIÓN ÓTICA		-	NC
CIPRODEX SUSPENSIÓN ÓTICA		-	NC
CORTANE-B SOLUCIÓN ÓTICA		-	NC
CORTIC-ND GOTAS		-	NC
otomax-HC solución ótica (equiv. CORTANE	,	-	NC
OTOVEL SOLUCIÓN ÓTICA, CIPROFLOXA	CINA/FLUOCINOLONA SOLUCION OTICA	-	NC
ESTEROIDES ÓTICOS			
ácido acético/hidrocortisona solución ótica (e	eauiv. VOSOL HC)	_	2
•	· ,		
luocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC)	· ,	-	3
•		-	
luocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE	OXITÓCICOS	-	3
iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA	OXITÓCICOS	-	3 NC
Pluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK	OXITÓCICOS	-	3
Cluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL	-	3 NC
Piluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL	- - QL	3 NC
Cluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1	- - QL	3 NC
iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días)	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL	- - QL	3 NC
Piluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1		3 NC NC
Pluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1	- QL MSP-PA	3 NC NC 3
Iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS		3 NC NC
Cluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIN	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS		NC NC 3
Iuocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIN	OXITÓCICOS A MADURACION CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES	MSP-PA -	3 NC NC 3
Iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE eposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS	MSP-PA -	NC NC 3
Iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE eposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACION CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES	MSP-PA - - ENTO	NC NC 3
Iluocinolona aceite ótico (equiv. DERMOTIC) DERMOTIC ACEITE ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS netilergonovina comprimidos (equiv. METHE eposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIN HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIN HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACION CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES	MSP-PA -	NC NC S
ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HYQVIA INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACION CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES	MSP-PA - - ENTO	3 NC NC 3 5 NC
ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES GENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIE	MSP-PA - ENTO MSP-PA	NC NC S
ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES GENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIE	MSP-PA - ENTO MSP-PA	3 NC NC 3 5 NC
ABORTIVOS/AGENTES PARA LA MPM PAK OXITÓCICOS metilergonovina comprimidos (equiv. METHE reposición/365 días) INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE AGENTES INMUNIZANTES PASIV HYQVIA INYECTABLE INMUNOSUEROS HIZENTRA INYECTABLE CUVITRU INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE CUTAQUIG INYECTABLE	OXITÓCICOS A MADURACIÓN CERVICAL ERGINE) (QL= 28 comprimidos/reposición, 1 AGENTES INMUNIZANTES PASIVOS VOS- COMBINACIONES GENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIE	MSP-PA - ENTO MSP-PA	3 NC NC 3 5 NC

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Programa obligatorio de farmacia especializada

INF

MSP

SMKG

¢

Infertilidad

RxCENTS

Límite de cantidad

Abandono del tabaquismo

NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los

Beneficio médico

primeros 3 meses Programa de vacunación

Autorización previa

EXC

М

PΑ

LD

OTC

RS

ST

Distribución limitada

Terapia escalonada

Restricción a especialistas

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA Y TRATAMIENTO Cont	<u> </u>	
ENFLONSIA INYECTABLE	VAC	1
SYNAGIS INYECTABLE (Únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Lumicera 855-847-3553, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA	1
PENICILINAS		
AMINOPENICILINAS		
amoxicilina cápsulas (equiv. TRIMOX)	-	2
AMOXICILINA COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	2
amoxicilina suspensión (equiv. TRIMOX)	-	2
amoxicilina comprimidos (equiv. AMOXIL)	-	2
ampicilina cápsulas (equiv. AMPICILINA)	-	2
MOXATAG COMPRIMIDOS	-	NC
MOXATAG COMPRIMIDOS 775 MG	-	NC
PENICILINAS NATURALES		
PENICILLIN VK SOLUCIÓN	-	2
penicilina vk comprimidos (equiv. VEETIDS)	-	2
COMBINACIONES DE PENICILINA		
amoxicilina/clavulanato suspensión (equiv. AUGMENTIN ES)	-	2
amoxicilina/clavulanato comprimidos (equiv. AUGMENTIN)	-	2
AMOXICILINA/CLAVULANATO COMPRIMIDOS MASTICABLES	-	3
AMOXICILINA/CLAVULANATO ER COMPRIMIDOS	-	4
AUGMENTIN SUSPENSIÓN	-	4
AUGMENTIN ES-600 SUSPENSIÓN	-	NC
AUGMENTIN COMPRIMIDOS	-	NC
PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA		
dicloxacilina cápsulas (equiv. DYNAPEN)	-	2
COADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
VEHÍCULOS LÍQUIDOS		
TRICHOSOL SOLUCIÓN	-	NC
VEHÍCULOS SEMISÓLIDOS		
POLIETILENGLICOL 8000 GRANULADO		3
PROGESTINAS	_	3
PROGESTINAS		
medroxiprogesterona comprimidos (equiv. PROVERA)	•	2
noretindrona comprimidos (equiv. AYGESTIN)	-	2
progesterona cápsulas (equiv. PROMETRIUM)	•	2
progesterona aceite inyectable	-	2
idroxiprogesterona inyectable (equiv. MAKENA)	MSP-PA	4
negestrol ES suspensión (equiv. MEGACE ES)	-	4
MEGESTROL SUSPENSIÓN	-	4
AYGESTIN COMPRIMIDOS	-	NC
MAKENA INYECTABLE	-	NC
		NC
PROMETRIUM CÁPSULAS PROVERA COMPRIMIDOS	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	<u>Código especial</u>	<u>Nive</u>
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont. AGENTES PARA DEPENDENCIA QUÍMICA		
disulfiram comprimidos (equiv. ANTABUSE)	-	2
ofexidina hcl comprimidos (equiv. LUCEMYRA) (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4
UCEMYRA COMPRIMIDOS (QL= 96 comprimidos/7 días)	PA-QL	4
acamprosato cálcico DR comprimidos (equiv. CAMPRAL)	-	NC
ANTABUSE COMPRIMIDOS	-	NC
disulfiram comprimidos 500 mg	-	NC
ANTICATAPLÉTICOS		
LUMRYZ PAQUETE (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
UMRYZ PAQUETE DE INICIO (QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523)	LD-PA-QL	5
DXIBATO DE SODIO SOLUCIÓN (QL= 540 ml/30 días; únicamente disponible a través de Xyrem Certified Pharmacy 1- 366-997-3688)	LD-PA-QL	5
(YREM SOLUCIÓN	-	NC
XYWAV SOLUCIÓN	-	NC
ANTIDEMENCIALES		
donepezilo ODT (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	2
donepezilo comprimidos (equiv. ARICEPT) (QL= 2 comprimidos/día)	QL	2
galantamina ER cápsulas (equiv. RAZADYNE ER)	-	2
galantamina comprimidos (equiv. RAZADYNE)	-	2
nemantina comprimidos (equiv. NAMENDA)	-	2
ivastigmina cápsulas (equiv. EXELON)	-	2
lonepezilo comprimidos 23 mg (equiv. ARICEPT) (QL= 1 comprimido/día)	QL	3
GALANTAMINA SOLUCIÓN	-	3
nemantina ER cápsulas (equiv. NAMENDA XR)	-	3
nemantina solución (equiv. NAMENDA)	-	3
NAMENDA XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	-	3
ivastigmina parches (equiv. EXELON)	-	3
ADLARITY PARCHES	-	NC
ARICEPT COMPRIMIDOS	-	NC
ARICEPT COMPRIMIDOS 23 MG	-	NC
EXELON PARCHES	-	NC
EQEMBI IQLK INYECTABLE	-	NC
nemantina hcl-donepezilo hcl cápsulas de liberación prolongada 24 horas (equiv. NAMZARIC)	-	NC
NAMENDA COMPRIMIDOS	-	NC
NAMENDA XR CÁPSULAS	-	NC
NAMZARIC CÁPSULAS	-	NC
NAMZARIC PAQUETE DE INICIO	-	NC
RAZADYNE SOLUCIÓN	-	NC
RAZADYNE COMPRIMIDOS	_	NC
ZUNVEYL COMPRIMIDOS	-	NC
PSICOTERAPÉUTICOS COMBINADOS		1,10
PERFENAZINA/ AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	2
planzapina/fluoxetina cápsulas (equiv. SYMBYAX)		3
CLORDIAZEPÓXIDO/AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS	-	NC
DULOXICAÍNA PAQUETE	-	NC
YBALVI COMPRIMIDOS	-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas MARCAS = I F	TRAS MAYÚSCULAS	

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	Nive
PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont.		
SYMBYAX CÁPSULAS	-	NC
AGENTES CONTRA LA FIBROMIALGIA		
SAVELLA PAK	-	3
SAVELLA COMPRIMIDOS (QL= 2 comprimidos/día)	QL	3
FARMACOTERAPIA CONTRA LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
etrabenazina comprimidos (equiv. XENAZINE)	MSP-PA	4
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS (QL= 1 comprimido/día)	MSP-PA-QL	5
AUSTEDO XR KIT DE COMPRIMIDOS DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5
AUSTEDO XR PAQUETE DE DOSIS AJUSTADAS (QL= 1 paquete/28 días)	MSP-PA-QL	5
NGREZZA CÁPSULAS (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
NGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES (QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416)	LD-PA-QL	5
AUSTEDO COMPRIMIDOS	-	NC
AUSTEDO BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	÷	NC
NGREZZA PAQUETE 40-80 MG	-	NC
KENAZINE COMPRIMIDOS	-	NC
AGENTES CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
lalfampridina ER comprimidos (equiv. AMPYRA)	MSP	2
eriflunomida comprimidos (equiv. AUBAGIO COMPRIMIDOS)	MSP	2
AVONEX INYECTABLE	MSP	5
BETASERON INYECTABLE	MSP	5
limetilfumarato DR cápsulas (equiv. TECFIDERA)	MSP	5
limetilfumarato DR paquete de inicio (equiv. TECFIDERA PAQUETE DE INICIO)	MSP	5
ingolimod hcl cápsulas 0.5 mg (equiv. GILENYA)	MSP	5
GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG	MSP	5
glatiramer iny. (equiv. COPAXONE)	MSP	5
KESIMPTA INYECTABLE	MSP	5
MAVENCLAD PAQUETE DE TERAPIA (Únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416)	LD	5
PLEGRIDY INYECTABLE	MSP	5
PLEGRIDY PLUMA INYECTABLE	MSP	5
REBIF INYECTABLE	MSP	5
AMPYRA COMPRIMIDOS	-	NC
AUBAGIO COMPRIMIDOS	-	NC
BAFIERTAM CÁPSULAS	-	NC
COPAXONE INY.	-	NC
EXTAVIA INYECTABLE	-	NC
GILENYA CÁPSULAS 0.5 MG	-	NC
MAYZENT COMPRIMIDOS	-	NC
MAYZENT COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	-	NC
PONVORY COMPRIMIDOS	-	NC
PONVORY COMPRIMIDOS PAQUETE DE INICIO	•	NC
TASCENSO ODT COMPRIMIDOS	-	NC
TECFIDERA CÁPSULAS	-	NC
TECFIDERA PAQUETE DE INICIO	-	NC

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Nombre		Código especial	Niv
PSICO	TERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS - MISC. Cont.		
TYSABRI INYECTABLE		-	NC
/UMERITY CÁPSULAS		-	NC
ZEPOSIA CÁPSULAS		-	NC
ZEPOSIA PAQUETE DE INICIO		-	NC
ZINBRYTA INYECTABLE		-	NC
AGENTES CONTRA LA NEURALGIA	POSTHERPÉTICA (PHN)		
GRALISE COMPRIMIDOS AGENTES CONTRA LA NEURALGIA	POSTHERPÉTICA (PHN)/DOLOR NEUROPÁTICO	-	NC
gabapentina (una vez al día) comprimidos (equiv.	GRALISE)	-	NC
GRALISE PAQUETE DE INICIO		-	NC
GRALISE COMPRIMIDOS		-	NC
LIDOTIN PAK		-	NC
LYRICA CR TAB		-	NC
pregabalina ER comprimidos (equiv. LYRICA CR)		-	NC
AGENTES CONTRA EL TRASTORNO	DISFÓRICO PREMENSTRUAL (PMDD)		
luoxetina cápsulas (equiv. SARAFEM)		-	4
FLUOXETINA CÁPSULAS (PMDD)		-	4
SARAFEM COMPRIMIDOS		-	NC
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO (PBA)	DEL AFECTO PSEUDOBULBAR		
NUEDEXTA CÁPSULAS PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓ	GICOS - MISC.	-	NC
PIMOZIDA COMPRIMIDOS		-	3
MESILATO ERGOLOIDE COMPRIMIDOS		-	4
AQNEURSA PAQUETE PARA SUSPENSIÓN		-	NC
MIPLYFFA CÁPSULAS		-	NC
ORAP COMPRIMIDOS		-	NC
AGENTES CONTRA EL SÍNDROME D	DE LAS PIERNAS INQUIETAS (RLS)		
HORIZANT COMPRIMIDOS DISUASORES DEL TABAQUISMO		-	NC
bupropión SR comprimidos (equiv. ZYBAN) (Limit	ado a 180 días/año del plan)	QL-SMKG	1
NICODERM PARCHES (Limitado a 180 días/año	del plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICORETTE CHICLE (Limitado a 180 días/año de	el plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/añ	io del plan)	OTC-QL-SMKG	1
nicotina chicle (equiv. NICORETTE) (Limitado a 1	80 día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
NICOTINE PAK (Limitado a 180 días/año del plan		OTC-QL-SMKG	1
nicotina pastillas (equiv. COMMIT) (Limitado a 18	, O día/año del plan)	OTC-QL-SMKG	1
nicotina parches (equiv. NICODERM) (Limitado a	. ,	OTC-QL-SMKG	1
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/añ	. ,	QL-SMKG	1
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/	. ,	QL-SMKG	1
/ARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 c	• /	QL-SMKG	1
vareniclina tartrato comprimidos (equiv. VARENIC	, ,	QL-SMKG	1
/areniclina tartrato paquete de inicio comprimidos días/año del plan)	, ,	QL-SMKG	1
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año AGENTES PARA AMILOIDOSIS POR		QL-SMKG	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	NC/3P = No cubierto, revisor externo Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Código especial

<u>Nivel</u>

Nombre

VAC

Programa de vacunación

- - - LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	NC NC NC
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	NC NC
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	NC NC
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	NC
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	3
LD-PA-QL-SF LD-PA-QL-SF	3
LD-PA-QL-SF	
	5
	5
16) LD-PA-QL-SF	5
LD-PA-QL-SF	5
) LD-PA-QL	5
-	NC
MSP-PA-QL	2
MSP-PA-QL	2
MSP-PA-QL	2
MSP-PA-QL-SF	5
MSP-PA-QL-SF	5
MSP-PA-QL-SF	5
-	NC
-	NC
-	NC
-	4
	NO
-	NC
	2
-	2
-	2
_	2
-	2
<u>-</u>	3
-	3
mentos.	
MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
Distribución limitada	
De venta libre	
Restricción a especialistas Terania escalonada	
ι σταρία σοσαιστιάθα	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Nombre				Código especial	Niv
		TETRACICLI	NAS C		
demeclociclina comprimidos (equiv. DECLOMYC	CIN)			<u>-</u>	4
niclato de doxiciclina DR comprimidos (equiv. DC				-	4
etraciclina cápsulas	,			-	4
/IBRAMICINA JARABE				-	4
ACTICLATE COMPRIMIDOS 75 MG, 150 mg				-	NC
DORYX MPC COMPRIMIDOS				-	NC
DORYX COMPRIMIDOS				-	NC
doxiciclina hiclato comprimidos (equiv. TARGAD	OX)			-	NC
niclato de doxiciclina comprimidos 75 mg, 150 m	-	CTICLATE)		-	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv.				<u>-</u>	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 75 mg (equiv. I				<u>.</u>	NC
doxiciclina monohidrato cápsulas 150 mg (equiv.		·)		-	NC
DYNACIN COMPRIMIDOS	7100701)			_	NC
MINOCIN CÁPSULAS				-	NC
MINOCICLINA ER CÁPSULAS				-	NC
minociclina ER comprimidos (equiv. SOLODYN)				-	NC
MINOLIRA COMPRIMIDOS				- -	NC
MONODOX CÁPSULAS				-	NC
SEYSARA COMPRIMIDOS				_	NC
SOLODYN COMPRIMIDOS				-	NC
TETRACICLINA COMPRIMIDOS					NC
/IBRAMICINA CÁPSULAS				-	NC
/IBRAMICINA SUSPENSIÓN				- -	NC
VIBRAIVIICINA SUSPENSION		ACENTEO	TIDOU	-	NC
		AGENTES	HROIL	DEUS	
AGENTES ANTITIROIDEOS					
metimazol comprimidos (equiv. TAPAZOLE)				-	2
propiltiouracilo comprimidos				-	2
SODIO YODURO I-131 SOLUCIÓN				-	NC
TAPAZOLE COMPRIMIDOS				-	NC
HORMONAS TIROIDEAS					
ARMOUR THYROID COMPRIMIDOS, NATURE	THROID C	OMPRIMIDOS		-	2
evotiroxina comprimidos (equiv. SYNTHROID)				-	2
iotironina comprimidos (equiv. CYTOMEL)				-	2
np thyroid comprimidos (equiv. ARMOUR TIROII	DES, NATU	RE THROID)		-	2
THYROLAR COMPRIMIDOS		,		-	3
SYNTHROID COMPRIMIDOS				-	4
CYTOMEL COMPRIMIDOS				-	NC
_EVOTIROXINA INYECTABLE				-	NC
FIROSINT CÁPSULAS				-	NC
TIROSINT-SOL				-	NC
		тохо	IDES		
COMPINACIONES TOYOURES		1000	IDLO		
COMBINACIONES TOXOIDES				1/4.2	4
ADACEL/BOOSTRIX INYECTABLE				VAC	1
DAPTACEL INYECTABLE, INFANRIX INYECTA				VAC	1
DIFTERIA/TÉTANOS TOXOIDE (PEDIÁTRICO)	INYECTAE	BLE		VAC	1
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas la productos	s concentracio	ones y formas de los enumerados en la lista	de medicam	nentos.	
NC = No cubierto		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico	MSP	Intertilidad Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	Distribucion limitada De venta libre	
PA Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

¢

RxCENTS

primeros 3 meses Programa de vacunación

Última actualización* 9/11/2025

., .	Offilia actualización 9/11/2023		
Nombre		Código especial	<u>Nive</u>
	TOXOIDES Cont.		
KINRIX INYECTABLE, QUADRACEL DTAP-IPV INYECTAE	BLE	VAC	1
KINRIX JERINGA PRECARGADA, QUADRACEL JERINGA PRECARGADA		VAC	1
PEDIARIX INYECTABLE		VAC	1
PENTACEL INYECTABLE		VAC	1
TÉTANOS/TOXOIDE DIFTÉRICO INYECTABLES		VAC	1
/AXELIS INYECTABLE		VAC	1
	MEDICAMENTOS PARA LA ÚLCERA		
ANTIESPASMÓDICOS			
diciclomina cápsulas (equiv. BENTYL)		-	2
diciclomina comprimidos (equiv. BENTYL)		-	2
sulfato de hiosciamina CR comprimidos (equiv. LEVBID)		-	2
sulfato de hiosciamina elixir (equiv. LEVSIN)		-	2
sulfato de hiosciamina ODT (equiv. ANASPAZ)		-	2
sulfato de hiosciamina SL comprimidos (equiv. LEVSIN)		-	2
sulfato de hiosciamina solución (equiv. LEVSIN)		-	2
niosciamina comprimidos (equiv. LEVSIN)		-	2
BELLADONNA SUPOSITORIOS DE ALCALOIDE/OPIO		-	3
diciclomina solución (equiv. BENTYL)		-	3
glicopirrolato comprimidos (equiv. ROBINUL)		-	3
PROPANTHELINE COMPRIMIDOS		-	3
metescopolamina comprimidos (equiv. PAMINE)		-	4
SYMAX DUOTAB		-	4
atropina inyectable		M	6
ATROPINA SULFATO INYECTABLE		М	6
ANASPAZ ODT		-	NC
o-donna comprimidos (equiv. DONNATAL)		-	NC
BENTYL CÁPSULAS		-	NC
BENTYL JARABE		-	NC
clordiazepóxido/clidinio cápsulas (equiv. LIBRAX)		-	NC
DONNATAL ELIXIR		-	NC
DONNATAL COMPRIMIDOS		-	NC
GLYCATE COMPRIMIDOS, GLICOPIRROLATO		-	NC
COMPRIMIDOS LEVBID COMPRIMIDOS		_	NC
LEVSIN INYECTABLE		_	NC
LEVSIN SL COMPRIMIDOS		-	NC
LEVSIN COMPRIMIDOS		-	NC
LIBRAX CÁPSULAS		_	NC
bb-belladonna elixir (equiv. DONNATAL)		_	NC
ROBINUL COMPRIMIDOS		-	NC
ANTAGONISTAS H-2		-	NO
cimetidina solución (equiv. CIMETIDINA)		-	2
cimetidina comprimidos (equiv. TAGAMET)		OTC	2
nizatidina cápsulas (equiv. AXID)		-	2
amotidina suspensión (equiv. PEPCID)		-	3
AXID CÁPSULAS		-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentracio	nes y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.		

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Ottilla actualizacion 9/11/2025	0/11	
Nombre	<u>Código especial</u>	Nive
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS Con	t.	
famotidina comprimidos (equiv. PEPCID)	OTC	NC
PEPCID SUSPENSIÓN	-	NC
PEPCID COMPRIMIDOS	OTC	NC
TAGAMET COMPRIMIDOS	-	NC
MISC. ANTIULCEROSOS		
sucralfato comprimidos (equiv. CARAFATE)	-	2
CARAFATE COMPRIMIDOS	-	NC
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazol cápsulas (equiv. NEXIUM)	OTC	2
lansoprazol cápsulas (equiv. PREVACID)	OTC	2
omeprazol DR cápsulas (equiv. PRILOSEC)	-	2
pantoprazol EC comprimidos (equiv. PROTONIX)	-	2
rabeprazol EC comprimidos (equiv. ACIPHEX)	-	2
PREVACID CÁPSULAS (Solo con receta)	-	4
PREVACID OTC CÁPSULAS	OTC	4
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS	-	NC
ACIPHEX COMPRIMIDOS	-	NC
FIRST OMEPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC
LANSOPRAZOL SUSPENSIÓN	-	NC
PRILOSEC CÁPSULAS	-	NC
PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS	OTC	NC
PROTONIX EC COMPRIMIDOS	-	NC
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS		
misoprostol comprimidos (equiv. CYTOTEC)	_	2
CYTOTEC COMPRIMIDOS	-	NC
TERAPIA COMBINADA PARA ÚLCERAS		
HELIDAC PAQUETE		NC
omeprazol/bicarbonato de sodio cápsulas (equiv. ZEGERID)	-	NC
omeprazol/bicarbonato de sodio polvo en paquete (equiv.	-	NC
ZEGERID)		110
ZEGERID CÁPSULAS	-	NC
ZEGERID POLVO EN PAQUETE	-	NC
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICO	S	
ANTIESPASMÓDICOS		
CUVPOSA SOLUCIÓN	-	4
glicopirrolato solución oral (equiv. CUVPOSA)	-	4
ATROPINA SULF. INYECTABLE	M	6
ATROPINA SULFATO INYECTABLE	-	6
DARTISLA ODT COMPRIMIDOS	-	NC
DICICLOMINA COMPRIMIDOS	-	NC
GLYCATE COMPRIMIDOS	-	NC
HIOSCIAMINA INYECTABLE	-	NC
ANTAGONISTAS H-2		
NIZATIDINE CÁPSULAS		2
MISC. ANTIULCEROSOS		

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Categoría/Clase Última actualización* 9/11/2025

Código especial

Nivel

Nombre

primeros 3 meses

Programa de vacunación

NOTIDITE	Coalgo especi	iai <u>Nive</u>
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANT	ICOLINÉRGICOS Cont.	
ucralfato suspensión (equiv. CARAFATE)	-	3
CARAFATE SUSPENSIÓN	-	NC
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
omeprazol comprimidos	OTC	2
esomeprazol DR paquete granulado (equiv. NEXIUM) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 añ	os en PA	4
adelante)		
esomeprazol magnesio DR comprimidos (equiv. NEXIUM)	OTC	4
lansoprazol ODT (equiv. PREVACID SOLUTAB) (Se requiere autorización previa para miembros de 9 años en	adelante) PA	4
NEXIUM 24HR COMPRIMIDOS	OTC	4
ACIPHEX SPRINKLE CÁPSULAS 10 MG, RABEPRAZOL CÁPSULAS DISPERSABLES 10 MG	-	NC
DEXILANT DR CÁPSULAS	-	NC
dexlansoprazol DR cápsulas (equiv. DEXILANT)	-	NC
FIRST PANTOPRAZOLE SUSPENSIÓN	-	NC
NEXIUM PAQUETE GRANULADO	-	NC
omeprazol magnesio DR comprimidos 20 mg (equiv. PRILOSEC)	OTC	NC
pantoprazol sódico paquete (equiv. PROTONIX PAK)	-	NC
PREVACID SOLUTAB	-	NC
PRILOSEC OTC DR COMPRIMIDOS	OTC	NC
VOQUEZNA COMPRIMIDOS	-	NC
TERAPIA COMBINADA PARA ÚLCERAS		
bismuto/metronidazol/tetraciclina cápsulas (equiv. PYLERA)	-	NC
KONVOMEP SUSPENSIÓN	<u>.</u>	NC
lansoprazol/amoxicilina/claritromicina kit (equiv. PREVPAC)	-	NC
LANSOPRAZOL/AMOXICILINA/CLARITROMICINA KIT	-	NC
PYLERA CÁPSULAS	-	NC NC
TALICIA CÁPSULAS	-	NC
	-	NC NC
VOQUEZNA DUAL PAK VOQUEZNA TRIP PAK	-	NC
	-	NC
ANTIINFECCIOSOS URINARIOS		
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS		
PROSED DS COMPRIMIDOS	-	NC
URINARIAS		
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS) (NUEVO)	
trospio cloruro SR cápsulas (equiv. SANCTURA XR)	-	3
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)	_	0
· ·		-
fesoterodina fumarato ER comprimidos (equiv. TOVIAZ)	-	2
oxibutinina ER comprimidos (equiv. DITROPAN XL)	-	2
oxibutinina jarabe	-	2
oxibutinina comprimidos (equiv. DITROPAN)	-	2
solifenacina comprimidos (equiv. VESICARE)	-	2
tolterodina SR cápsulas (equiv. DETROL LA)	-	2
tolterodina comprimidos (equiv. DETROL)	-	2
trospio comprimidos (equiv. SANCTURA)	-	2
darifenacina SR comprimidos (equiv. ENABLEX)	-	3
TOVIAZ COMPRIMIDOS	-	4
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medio	camentos.	
NC = No cubierto genérico = letras minúsculas	MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo EXC Exclusión del plan INF Infertilidad LD	Distribución limitada	
M Beneficio médico MSP Programa obligatorio de farmacia especializada OTC	De venta libre	
PA Autorización previa QL Límite de cantidad RS	Restricción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los SMKG Abandono del tabaquismo ST	Terapia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

RxCENTS

Última actualización* 9/11/2025

TYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1	Nombre	Código especial	<u>Nive</u>
DETROL COMPRIMIDOS	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS Cont.	_	
DITROPAN XL COMPRIMIDOS -	DETROL LA CÁPSULAS	-	NC
NC NC SELNIQUE	DETROL COMPRIMIDOS	-	NC
SELINIQUE	DITROPAN XL COMPRIMIDOS	-	NC
NC NC NC	ENABLEX COMPRIMIDOS	-	NC
VESICARE LS SUSPENSIÓN - NC NC COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS - NC NC COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WREBETRIQ COMPRIMIDOS - NC NC NC NC NC NC NC	GELNIQUE	-	NC
VESICARE COMPRIMIDOS COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS VAREITE PLUS COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WYRBETRIQ COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WYRBETRIQ COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS VAREITRIQ SUSPENSIÓN - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS VARITIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS VACIONARIOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA Lavosato comprimidos (equiv. URISPAS) VACUNAS VACUNAS VACUNAS BACTERIANAS VACUNAS BACTERIANAS VAC 1 2-APPARAIVE INVECTABLE VAC 1 MENACITAB INVECTABLE VAC 1 MENACITABLE VAC 1 ME	DXYBUTYNIN COMPRIMIDOS	-	NC
COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS JRELIEP FULIS COMPRIMIDOS ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WYRBETRIQ COMPRIMIDOS - NC INTREBERSA COMPRIMIDOS - NC INTRESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS URICADA INTRESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA Lavoxato comprimidos (equiv. URISPAS) - VACUNAS VACUNAS VACUNAS BACTERIANAS VACUNAS BACTERIANAS ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE - VAC - 1 MENACTRA INVECTABLE - VAC	/ESICARE LS SUSPENSIÓN	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WYRBETRIQ COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WYRBETRIQ SUSPENSIÓN - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS Detanecol comprimidos (equiv. URECHOLINE) - 2 2 DETECHOLINE COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA Lavoxato comprimidos (equiv. URISPAS) VACUNAS VACUNAS VACUNAS BACTERIANAS ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE VAC 1 MENCACTRA INYECTABLE (UL= 1 dosis/da) MENCACTRA INYECTABLE (UL= 1 dosis/da) MENCACTRA INYECTABLE (UL= 1 dosis/da por vida) MENCACTRA INYECT	/ESICARE COMPRIMIDOS	-	NC
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3 WITRETRIO COMPRIMIDOS - NC SEMTESA COMPRIMIDOS - NC MITRADEGIÓN COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS DETANECO COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS URECHOLINE COMPRIMIDOS - NC ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA Iavoxato comprimidos (equiv. URISPAS) VACUNAS VACUNAS VACUNAS VACUNAS VACUNAS VACUNAS VAC 1 3EXSERO INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE - VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE - VAC 1 MENACITRA INYECTABLE - VAC 1 MACHIENNENDA INYECTABLE -	COMBINACIONES ANTIESPASMÓDICAS URINARIAS		
APPRETRIQ COMPRIMIDOS -	URELIEF PLUS COMPRIMIDOS	-	NC
APPRETRIQ COMPRIMIDOS -	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS ADRENÉRGICOS BETA-3		
SEMITESA COMPRIMIDOS - NC NC Mirabegrion comprisindos er (equiv. MYRBETRIQ) - NC NC MYRBETRIQ SUSPENSIÓN - NC NC MYRBETRIQ SUSPENSIÓN - MYRBETRIQ SUSPENSIÓN MYRBETRIA SUSPENSIÓN MYRBETRIQ SUSPENSIÓN		-	3
NC NC NC NC NC NC NC NC		-	NC
MYRBETRIO SUSPENSIÓN -		-	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS petanecol comprimidos (equiv. URECHOLINE) - 2 URECHOLINE COMPRIMIDOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA lavoxato comprimidos (equiv. URISPAS) - 4 AVACUNAS VACUNAS VACUNAS BACTERIANAS ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE VAC 1 EXPANYALIVE INYECTABLE VAC 1 MENACITABLE VAC 1 MENACITABLE VAC 1 MENACITABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 PEDIVAXHIB INYECTABLE VAC 1 PENBENYA INYECTABLE VAC 1 PREVIMAR 20 INYECTABLE VAC 1 PREVIMAR 20 INYECTABLE VAC 1 AVAC 1 PREVIMAR 20 INYECTABLE VAC 1 AVAC 1 AVACNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC AVACNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC AVACNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC AVACNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC AVACNEUVANCE INYECTABLE (CLE 1 dosis/vida) VAC EXC AREVOY INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (CLE 1 iny./28 días) CL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (CLE 1 dosis/de por vida) CL-VAC 1		-	
Detanacol comprimidos (equiv. URECHOLINE) - 2 NC			
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA		_	2
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DE ACCIÓN DIRECTA Iavoxato comprimidos (equiv. URISPAS)	,	-	NC
VACUNAS BACTERIANAS			
VACUNAS BACTERIANAS ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE VAC 1 BEXSERO INYECTABLE VAC 1 CAPVAXIVE INYECTABLE VAC 1 CAPVAXIVE INYECTABLE VAC 1 MENACTRA INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENBLUMOVAX INYECTABLE VAC 1 PERVINAR 20 INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 GOS INYECTABLE VAC 1 VAXCHUAR SUSPENSIÓN VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC XAC MENYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1		-	4
VACUNAS BACTERIANAS ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE VAC 1 BEXSERO INYECTABLE VAC 1 CAPVAXIVE INYECTABLE VAC 1 MENACTRA INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 PEDIARRAYA INYECTABLE VAC 1 PENMENVY INYECTABLE VAC 1 PREVINAR 20 INYECTABLE VAC 1 PREVINAR 20 INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC 2 VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC EXC VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC EXC VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC EXC VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC EXC VAXCHUYANCE INYECTABLE VAC EXC </td <td></td> <td></td> <td></td>			
ACTHIB INYECTABLE, HIBERIX INYECTABLE BEXSERO INYECTABLE CAPVAXIVE INYECTABLE CAPVAXIVE INYECTABLE VAC 1 MENACTRA INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENQUE INYECTABLE VAC 1 PEDBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PREUMOVAX INYECTABLE VAC 1 TRUMENBA INYECTABLE VAC 1 VAC 1 TRUMENBA INYECTABLE VAC 1 VAC CEXC VACHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VACHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VACUNAS VIRALES ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) AREXVY INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)			
SEXSERO INYECTABLE		VAC	1
CAPVAXIVE INYECTABLE VAC 1 MENACTRA INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 PEDVAXHIB INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VACCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VACUNAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	1
MENACTRA INYECTABLE VAC 1 MENQUADFI INYECTABLE VAC 1 MENVEO INYECTABLE VAC 1 PEDVAXHIB INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENMENVY INYECTABLE VAC 1 PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC VYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VICTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	1
MENQUADFI INYECTABLE		VAC	1
PEDVAXHIB INYECTABLE VAC 1 PENBRAYA INYECTABLE VAC 1 PENMENVY INYECTABLE VAC 1 PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC EXC PYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	1
PENBRAYA INYECTABLE PENMENVY INYECTABLE PREUMOVAX INYECTABLE PREUMOVAX INYECTABLE PREVNAR 20 INYECTABLE PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 FRUMENBA INYECTABLE VAC EXC FYPHIM VI INYECTABLE VAC	MENVEO INYECTABLE	VAC	1
PENMENVY INYECTABLE	PEDVAXHIB INYECTABLE	VAC	1
PNEUMOVAX INYECTABLE VAC 1 PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 IRUMENBA INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 BCG INYECTABLE VAC EXC IYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1	PENBRAYA INYECTABLE	VAC	1
PREVNAR 20 INYECTABLE VAC 1 ITRUMENBA INYECTABLE VAC 1 VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 BCG INYECTABLE VAC EXC ITYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1	PENMENVY INYECTABLE	VAC	1
TRUMENBA INYECTABLE VAC 1	PNEUMOVAX INYECTABLE	VAC	1
VAXNEUVANCE INYECTABLE VAC 1 BCG INYECTABLE VAC EXC TYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VAC EXC VACUNAS VIRALES QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFEXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1	PREVNAR 20 INYECTABLE	VAC	1
VAC EXC	TRUMENBA INYECTABLE	VAC	1
SECG INYECTABLE VAC EXC	VAXNEUVANCE INYECTABLE	VAC	1
TYPHIM VI INYECTABLE VAC EXC VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	EXC
VAXCHORA SUSPENSIÓN VAC EXC VIVOTIF CÁPSULAS VAC EXC VACUNAS VIRALES VACUNAS VACUNAS VACUNAS EXC ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1			EXC
VAC EXC VACUNAS VIRALES ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	EXC
VACUNAS VIRALES ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) QL-VAC 1 AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) QL-VAC 1 AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		VAC	EXC
ABRYSVO INYECTABLE (QL= 1 dosis/vida) AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1 QL-VAC 1			
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días) AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1		QL-VAC	1
AREXVY INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida) QL-VAC 1	·		
JUMBNATT INTELLABLE IULE TOOSIS/T/ OISST	COMIRNATY INYECTABLE (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

Oluma actualización 9/11/2025		
Nombre	Código especial	Niv
VACUNAS Cont.		
COMIRNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA) (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER) (QL= 1 dosis/17 días)	QL-VAC	1
DENGVAXIA SUSPENSIÓN	VAC	1
ENGERIX-B INYECTABLE, RECOMBIVAX-HB INYECTABLE	VAC	1
FLUAD INY. (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUBLOK INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUCELVAX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
FLUMIST NASAL (QL= 1 dosis/28 días)	QL-VAC	1
FLUZONE ALTA DOSIS PF INYECTABLE (QL= 1 iny./28 días)	QL-VAC	1
GARDASIL 9 INYECTABLE	VAC	1
HAVRIX INYECTABLE, VAQTA INYECTABLE	VAC	1
HEPLISAV-B INYECTABLE	VAC	1
IPOL INYECTABLE	VAC	1
JYNNEOS INYECTABLE	VAC	1
M-M-R II INYECTABLE	VAC	1
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
MRESVIA INYECTABLE (QL= 1 dosis/de por vida)	QL-VAC	1
NOVAVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
PREHEVBRIO SUSPENSIÓN	VAC	1
PRIORIX INYECTABLE	VAC	1
PROQUAD INYECTABLE	VAC	1
ROTARIX SUSPENSIÓN	VAC	1
ROTATEQ INYECTABLE	VAC	1
SHINGRIX INYECTABLE (Cubierto para miembros de 19 años en adelante)	VAC	1
SPIKEVAX INYECTABLE (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
SPIKEVAX INYECTABLE 50 MCG/0.5 ML (QL= 1 dosis/24 días)	QL-VAC	1
TWINRIX INYECTABLE	VAC	1
VARIVAX INYECTABLE	VAC	1
MOVAX INYECTABLE	VAC	EXC
IXCHIQ INYECTABLE	VAC	EXC
IXIARO INYECTABLE	VAC	EXC
TICOVAC INYECTABLE	VAC	EXC
VIMKUNYA INYECTABLE	VAC	EXC
YF-VAX INYECTABLE	VAC	EXC
PRODUCTOS VAGINALES Y RELACIONADO		
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
VANDAZOLE GEL	-	2
CLINDESSE CREMA VAGINAL (QL= 1 aplicador/reposición)	QL	4
NUVESSA GEL VAGINAL	-	NC
XACIATO GEL	-	NC
ANTICONCEPTIVOS VAGINALES - MODULADORES DE PH		
PHEXXI GEL (QL= 1 caja/reposición)	QL	1

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Última actualización* 9/11/2025

PRODUCTOS VAGINALES

Nombre

SF

Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses

Programa de vacunación

Código especial

Nivel

PRODUCTOS VAGINALES - MISCELÁ	PRODUCTOS	VAGINALES		
FEM PH GEL				4
NTRAROSA SUPOSITORIOS			-	NC
ESPERMICIDAS				
CONCEPTROL GEL			OTC	1
PELÍCULA ANTICONCEPTIVA			OTC	1
ESPUMA ANTICONCEPTIVA			OTC	1
GEL ANTICONCEPTIVO			OTC	1
SUPOSITORIO ANTICONCEPTIVO			OTC	1
TODAY ESPONJA			OTC	1
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES			010	·
clindamicina crema vaginal (equiv. CLEOCIN)			QL	2
metronidazol gel vaginal (equiv. GEEOGIN)			QL	2
reconazol crema (equiv. TERAZOL)			-	2
TERCONAZOL CREMA 0.8 %			-	2
rerconazol crema 0.8 % erconazol supositorios (equiv. TERAZOL)			_	2
.erconazoi supositorios (equiv. TERAZOL) CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES (QL= 3 si	unasitarias/ranasicián)		- QL	4
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES (QL= 3 SI GYNAZOLE CREMA	apositorios/reposicion)		QL -	4
GYNAZOLE CREMA MICONAZOL 3 SUPOSITORIOS 200 MG			-	4
CLEOCIN CREMA VAGINAL			-	NC
			-	NC NC
METROGEL GEL VAGINAL TERAZOL CREMA			-	NC NC
ESTRÓGENOS VAGINALES			-	NC
				2
estradiol crema (equiv. ESTRACE)	annimidae (annim MACIFEM) (OL-	0	-	3
estradiol vaginal comprimidos, yuvafem vaginal cor en la primera reposición])	nprimidos (equiv. VAGIFEM) (QL=	8 comprimidos/28 dias [18 com	iprimidos QL	3
ESTRING (3 copagos por receta)			-	3
PREMARIN CREMA VAGINAL			-	3
FEMRING (3 copagos por receta)			-	4
ESTRACE CREMA VAGINAL			-	NC
MVEXXY SUM.			-	NC
VAGIFEM COMPRIMIDOS			-	NC
PROGESTINAS VAGINALES				
CRINONE GEL			PA	3
ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL			PA	3
PROGESTERONA SUPOSITORIOS			PA	4
	VASOCOMP	RESORES		
AGENTES PARA LA TERAPIA CONTE				
		(án)	QL	2
epinefrina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg (equiv	. EFIPEN [JR]) (QL= 2 INY./reposici	OII)	QL QL	3
NEFFY SPRAY (QL= 2 dosis/reposición)	CTABLE		QL	
ADRENACLICK INYECTABLE, EPINEFRINA INYE	CIABLE		-	NC
AUVI-Q INYECTABLE			-	NC
EPIPEN (JR) INYECTABLE	LODTOSTÁTICA NEUDOC	·ÉNICA (HON)	-	NC
AGENTES CONTRA LA HIPOTENSIÓN	ORTOSTATICA NEUROG	ENICA (HON)		
droxidopa cápsulas (equiv. NORTHERA)			-	NC
Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las c	oncentraciones y formas de los productos e	numerados en la lista de medicament	os.	
NC = No cubierto	genérico = letras minúsculas	MAR	CAS = LETRAS MAYÚSCULAS	
NC/3P = No cubierto, revisor externo	-			
EXC Exclusión del plan M Beneficio médico	INF Infertilidad MSP Programa obligatorio de farmaci:		bución limitada enta libre	
PA Autorización previa	QL Límite de cantidad	RS Restri	icción a especialistas	
SF Limitado a dos reposiciones de 15 días por los	SMKG Abandono del tabaquismo	ST Terap	nia escalonada	

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Abandono del tabaquismo

RxCENTS

SMKG

ST

Terapia escalonada

Última actualización* 9/11/2025

Nombre	Código especial	<u>Nivel</u>
VASOCOMPRESO	PRES Cont.	
NORTHERA CÁPSULAS	-	NC
VASOCOMPRESORES		
midodrina comprimidos (equiv. PROAMATINE)	-	2
VITAMINAS		
MISC. FACTORES NUTRICIONALES		
VITAMINAS PRENATALES (NO PREFERIDOS)	-	4
VITAMINAS LIPOSOLUBLES		
colecalciferol cápsulas 50000 unidades	-	2
vitamina D cápsulas (Únicamente cubierto con receta)	-	2
fitonadiona comprimidos (equiv. MEPHYTON)	-	3
DRISDOL CÁPSULAS	-	NC
ERGOCAL CÁPSULAS	-	NC
MEPHYTON COMPRIMIDOS	-	NC
vitamina D cápsulas 1000 unidades	OTC	NC
vitamina D cápsulas 400 unidades	OTC	NC
VITAMINA D COMPRIMIDOS 400 UNIDADES	OTC	NC
VITAMINAS HIDROSOLUBLES		
POTABA POLVO EN PAQUETE	-	3
POTABA CÁPSULAS	-	4

Nota: Salvo que se indique lo contrario, se cubren todas las concentraciones y formas de los productos enumerados en la lista de medicamentos.

	NC = No cubierto NC/3P = No cubierto, revisor externo		genérico = letras minúsculas		MARCAS = LETRAS MAYÚSCULAS
EXC	Exclusión del plan	INF	Infertilidad	LD	Distribución limitada
M	Beneficio médico	MSP	Programa obligatorio de farmacia especializada	OTC	De venta libre
PA	Autorización previa	QL	Límite de cantidad	RS	Restricción a especialistas
SF	Limitado a dos reposiciones de 15 días por los primeros 3 meses	SMKG	Abandono del tabaquismo	ST	Terapia escalonada
VAC	Programa de vacunación	¢	RxCENTS		

Lista de medicamentos con autorización previa de la lista de medicamentos de Community Health Choice Select Última actualización* 9/11/2025

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
ACTIMMUNE INYECTABLE	5
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML	5
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA KIT DE 2 JERINGAS)	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	5
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2	5
PLUMAS)	· ·
ADALIMÚMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA KIT DE 2 JERINGAS)	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1 PLUMA)	5
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	5
ADALIMÚMAB-ADAZ INYECTABLE	5
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML	5
ADALIMUMAB-ADAZ PFS INYECTABLE	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	5
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 10 MG/0.8 ML	5
adapaleno crema	3
adapaleno gel	3
ADBRY INYECTABLE	5
ALECENSA CÁPSULAS	5
ALINIA SUSPENSIÓN	3
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG	5
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg	5
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 mg, 180 mg	5
ambrisentán comprimidos	2
APRETUDE SUSPENSIÓN	1
ARBLI SUSPENSIÓN	4
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	5
aripiprazol solución	4
asenapina maleato SL comprimidos	3
ATORVALIQ SUSPENSIÓN	4
AUGTYRO CÁPSULAS	5
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG	5
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS	5
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS KIT CON DOSIS AJUSTADAS	5
AUSTEDO XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	5
AYVAKIT COMPRIMIDOS	5
paclofeno solución oral 10 MG/5 ML	4
BACLOFENO SOLUCIÓN ORAL 5 MG/5 ML	4
paclofeno solución oral 5 mg/5 ml	4
BACLOFENO SUSPENSIÓN	4

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select, cont. Lista de medicamentos con autorización previa Última actualización* 9/11/2025

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.° de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG	5
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG	5
BENLYSTA AUTOINYECTOR	5
BENLYSTA INYECTABLE	5
BERINERT INYECTABLE	5
BESREMI INYECTABLE	5
bexaroteno cápsulas	2
bexaroteno gel	2
bosentán comprimidos	5
bosentán comprimidos para suspensión oral	2
BOSULIF CÁPSULAS	5
BOSULIF COMPRIMIDOS	5
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG	5
budesonida ER comprimidos	4
budesonida espuma rectal	4
BYLVAY CÁPSULAS 1200 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MCG	5
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG	5
CALQUENCE COMPRIMIDOS	5
CAMZYOS CÁPSULAS	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS	5
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG	5
CIMZIA INYECTABLE	5
CINRYZE INYECTABLE	5
CLARINEX JARABE	4
COPIKTRA CÁPSULAS	5
CORLANOR SOLUCIÓN	4
COTELLIC COMPRIMIDOS	5
CRINONE GEL	3
dasatinib comprimidos	2
DAYBUE SOLUCIÓN	5
deferiprona comprimidos	2
DESCOVY COMPRIMIDOS	1
diclofenac gel	3
DOPTELET COMPRIMIDOS	5
DOXEPIN CREMA, PRUDOXIN CREMA, ZONALON CREMA	4
dronabinol cápsulas	3
DUPIXENT INYECTABLE	5
DUPIXENT INYECTABLE EN PLUMA	5

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select, cont. Lista de medicamentos con autorización previa Última actualización* 9/11/2025

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
EBGLYSS INYECTABLE	5
EBGLYSS INYECTABLE EN PLUMA	5
eltrombopag olamina polvo en paquete para suspensión	2
eltrombopag olamina comprimidos 12.5 mg, 25 mg	2
eltrombopag olamina comprimidos 50 mg	2
eltrombopag olamina comprimidos 75 mg	2
enalapril maleato solución oral	4
ENBREL INYECTABLE 25 MG	5
ENBREL INYECTABLE 50 MG	5
ENBREL MINI INY.	5
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG	5
ENDOMETRIN INSERTO VAGINAL	3
EPANED SOLUCIÓN	4
EPIDIOLEX SOLUCIÓN	5
EPRONTIA SOLUCIÓN	4
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS	4
ERIVEDGE CÁPSULAS	5
ERLEADA COMPRIMIDOS	5
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG	5
erlotinib comprimidos	5
erlotinib comprimidos 25 mg	5
ESBRIET CÁPSULAS	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG	5
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG	5
esomeprazol DR paquete de gránulos	4
everolimus comprimidos	2
everolimus comprimidos (equiv. ZORTRESS)	5
everolimus comprimidos 5 mg	5
everolimus comprimidos para suspensión oral	2
fentanilo citrato paletas	3
FERRIPROX SOLUCIÓN	5
FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG	5
FILSPARI COMPRIMIDOS	5
FIRDAPSE COMPRIMIDOS	5
FLOLIPID SUSPENSIÓN	4
FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG	5
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG	5
GAVRETO CÁPSULAS	5
gefitinib comprimidos	5
GENOTROPIN INYECTABLE	5
GENOTROPIN INYECTABLE 5 MG	5

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select, cont. Lista de medicamentos con autorización previa Última actualización* 9/11/2025

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
GILOTRIF COMPRIMIDOS	5
HADLIMA INYECTABLE	5
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE	5
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	5
HAEGARDA INYECTABLE	5
HEMLIBRA INYECTABLE	5
HIZENTRA INYECTABLE	5
HUMIRA INYECTABLE 10 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 20 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 40 MG	5
HUMIRA INYECTABLE 80 MG	5
HUMIRA INYECTABLE CROHNS/UC/HIDRADENITIS	5
PAQUETE DE INICIO	•
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE	5
INICIO	
HUMIRA INYECTABLE PAQUETE DE INICIO PARA COLITIS	5
ULCEROSA PEDIÁTRICA	_
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UVEÍTIS PAQUETE DE	5
INICIO	5
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 mg	5
HYCAMTIN CÁPSULAS	5
hidroxiprogesterona iny.	4
HYFTOR GEL	5
icatibant inyectable	5
ICLUSIG COMPRIMIDOS	5
IDHIFA COMPRIMIDOS	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 MG	5
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg	5
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG	5
INGREZZA CÁPSULAS	5
INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES	5
INLYTA COMPRIMIDOS	5
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG	5
INZIRQO SUSPENSIÓN	4
itraconazol solución	4
JAYPIRCA COMPRIMIDOS	5
KALYDECO PAK	5
KALYDECO COMPRIMIDOS	5
KHINDIVI SOLUCIÓN	5
KISQALI PAK	5
KISQALI COMPRIMIDOS	5
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG	5
KRAZATI COMPRIMIDOS	5
lansoprazol odt	4

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
lapatinib ditosilato comprimidos	2
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDOS	3
LENVIMA CÁPSULAS	5
I-glutamina paquete de polvo	2
LINZESS CÁPSULAS	4
liraglutida solución en pluma inyectora	3
LIVMARLI SOLUCIÓN	5
LIVTENCITY COMPRIMIDOS	5
lofexidina hcl comprimidos	4
LOKELMA PAQUETE	3
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG	5
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG	5
lubiprostona cápsulas	3
LUCEMYRA COMPRIMIDOS	4
LUMRYZ PAQUETE	5
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO	5
LUPKYNIS CÁPSULAS	5
LYNPARZA COMPRIMIDOS	5
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA	5
LYVISPAH PAQUETE DE GRÁNULOS	4
MEKINIST SOLUCIÓN	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG	5
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG	5
MEKTOVI COMPRIMIDOS	5
mercaptopurina suspensión	4
metiltestosterona cápsulas	4
mifepristona comprimidos	5
miglustat cápsulas	5
MOTEGRITY COMPRIMIDOS	4
MOUNJARO INYECTABLE	3
MOVANTIK COMPRIMIDOS	3
NEMLUVIO INYECTABLE	5
NERLYNX COMPRIMIDOS	5
nilotinib hcl cápsulas	2
NINLARO CÁPSULAS	5
nitazoxanida comprimidos	3
nitrofurantoína suspensión	4
NORLIQVA SOLUCIÓN ORAL	4
ODACTRA SL COMPRIMIDOS	4
ODOMZO CÁPSULAS	5
	_

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

OJJAARA COMPRIMIDOS

5

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.° de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
OMNITROPE INYECTABLE	5
OPZELURA CREMA	4
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG	3
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG	3
ORKAMBI PAQUETE GRANULADO	5
ORKAMBI COMPRIMIDOS	5
OZEMPIC INYECTABLE	3
PALFORZIA POLVO EN PAQUETE	5
PALFORZIA CÁPSULAS DISPERSABLES	5
pazopanib comprimidos	2
PEMAZYRE COMPRIMIDOS	5
PIQRAY COMPRIMIDOS	5
pirfenidona cápsulas	2
pirfenidona comprimidos 267 mg	2
pirfenidona comprimidos 801 mg	2
PREVYMIS PAK	5
PREVYMIS COMPRIMIDOS	5
PROGESTERONA SUPOSITORIOS	4
prucaloprida succinato comprimidos	4
pirimetamina comprimidos	2
PYRUKYND COMPRIMIDOS	5
PYRUKYND TAPER PAQUETE	5
QBRELIS SOLUCIÓN	4
QINLOCK COMPRIMIDOS	5
RADICAVA ORS KIT DE INICIO	5
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN	5
REXULTI COMPRIMIDOS	4
REZLIDHIA CÁPSULAS	5
REZUROCK COMPRIMIDOS	5
RINVOQ ER COMPRIMIDOS	5
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL	5
ROZLYTREK CÁPSULAS	5
RUBRACA COMPRIMIDOS	5
RUCONEST INYECTABLE	5
rufinamida suspensión	3
rufinamida comprimidos	3
RYBELSUS COMPRIMIDOS	3
RYDAPT CÁPSULAS	5
SCEMBLIX COMPRIMIDOS	5
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG	5
sildenafilo suspensión	3

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
sildenafilo comprimidos 20 mg	2
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk)	5
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk)	5
SKYCLARYS CÁPSULAS	5
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML	5
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML	5
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML	5
SODIO OXIBATO SOLUCIÓN	5
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS	3
SOGROYA INYECTABLE	4
SOLIQUA INYECTABLE	3
sorafenib tosilato comprimidos	2
SPIRIVA HANDIHALER	4
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR	4
2.5 MCG/ACTUACIÓN STIVARGA COMPRIMIDOS	5
sunitinib malato cápsulas	2
SUNOSI COMPRIMIDOS	3
SYMDEKO COMPRIMIDOS	3
SYMPROIC COMPRIMIDOS	3
SYNAGIS INYECTABLE	1
TABRECTA COMPRIMIDOS	5
tadalafil comprimidos (PAH)	2
TADLIQ SUSPENSIÓN	4
TAFINLAR CÁPSULAS	5
TAFINLAR COMPRIMIDOS	5
tafluprost solución oftálmica libre de conservantes (pf)	3
TALTZ INYECTABLE	5
TALTZ INTEGRABLE 20 MG/0.25 ML	5
TALTZ INTEGRABLE 20 MG/0.23 ME	5
TAVNEOS CÁPSULAS	5
testosterona gel 1 % 25 mg	3
testosterona gel 1 % 50 mg	3
testosterona gel 1 % bomba	3
testosterona gel 1.62 % 1.25 mg	4
testosterona gel 1.62 % 2.5 mg	Δ
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 GM	4
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1%	3
testosterona gel con bomba 1.62%	3
testosterona solución	3
tetrabenazina comprimidos	4
TEZSPIRE COMPRIMIDOS	5
	· ·

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
THALOMID CÁPSULAS	5
TIBSOVO TAB	5
tiopronina comprimidos	5
tiopronina comprimidos de liberación retardada	2
tiotropio bromuro cápsulas para inhalador	4
TOBI PODHALER	5
tolvaptán comprimidos paquete de terapia	2
topiramato solución oral	4
tretinoína crema	3
tretinoína gel	3
tretinoína gel 0.08%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS 0.04%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS 0.1%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS CON BOMBA 0.04%	3
TRETINOÍNA GEL DE MICROESFERAS CON BOMBA 0.1%	3
trientina cápsulas	5
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA	5
TRINTELLIX COMPRIMIDOS	4
TRULANCE COMPRIMIDOS	3
TRULICITY INYECTABLE	3
TRUQAP COMPRIMIDOS	5
TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA	5
TURALIO CÁPSULAS	5
TYENNE INYECTABLE	5
TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML	5
UCERIS ESPUMA RECTAL	4
UPTRAVI COMPRIMIDOS	5
VALCHLOR GEL	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS	5
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	5
VELTASSA POLVO	3
VELTASSA POLVO 1 GM	3
VEOZAH COMPRIMIDOS	4
VERZENIO COMPRIMIDOS	5
VICTOZA INYECTABLE	3
VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS	5
VIJOICE COMPRIMIDOS	5
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG	5
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG	5
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG	5
VITRAKVI SOLUCIÓN	5

Algunos productos del listado de medicamentos solo están cubiertos con la aprobación de una autorización previa. A continuación, se enumeran los medicamentos que requieren autorización previa. La farmacia también advertirá a los miembros si el medicamento recetado requiere autorización previa. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento (si se aprueba la autorización previa)
VONJO CÁPSULAS	5
VOWST CÁPSULAS	5
VOXZOGO INYECTABLE	5
VYNDAQEL CÁPSULAS	5
WELIREG COMPRIMIDOS	5
XALKORI CÁPSULAS	5
XOSPATA COMPRIMIDOS	5
XPHOZAH COMPRIMIDOS	5
XROMI SOLUCIÓN	4
XULTOPHY INYECTABLE	3
ZAVZPRET SPRAY NASAL	3
ZEJULA CÁPSULAS	5
ZEJULA COMPRIMIDOS	5
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	4
ZONISADE SUSPENSIÓN	4
ZORYVE CREMA	3
ZTALMY SUSPENSIÓN	5
ZYDELIG COMPRIMIDOS	5
ZYKADIA CÁPSULAS	5
ZYKADIA COMPRIMIDOS	5

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Última actualización* 9/11/2025 RxCents (ahorros con partición de comprimidos)

Partir los comprimidos ayuda a controlar los costos de los beneficios de los medicamentos recetados y puede ofrecer ahorros considerables a los miembros. La participación en el programa es voluntaria. A través de este programa, los miembros pagan hasta la mitad de su copago habitual para un grupo limitado de medicamentos recetados. Los medicamentos incluidos en este programa se basan en los siguientes criterios:

- El producto se encuentra en la lista de medicamentos.
- El Comité de Farmacia y Terapéutica reconoce que el producto es apropiado para la partición.
- El medicamento tiene un precio estable (es decir, se deben valorar de manera comparativa diversas concentraciones del medicamento).
- El medicamento debe administrarse una vez por día.

A continuación, se ilustra un ejemplo de los ahorros que pueden hacerse a través de este programa.

,	Producto y concentración	Cantidad	Copago del miembro	Ahorros anuales del miembro
Sin partición de comprimidos	Fármaco A 40 mg comprimidos	30	\$15.00	
Con partición de comprimidos	Fármaco A 80 mg comprimidos	15	\$7.50	\$90

Como muestra el ejemplo, la partición de comprimidos permite a los miembros recibir la misma dosis con una menor cantidad de comprimidos; por lo tanto, el general

Medicamentos del programa RxCents

JANUVIA COMPRIMIDOS TRINTELLIX COMPRIMIDOS

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Última actualización* 9/11/2025 De venta libre

• Los siguientes medicamentos de venta libre son un beneficio cubierto con una receta.

Medicamentos de venta libre

ACCU-CHEK GUIDE
MEDIDOR
GASA CON ALCOHOL
ácido acetilsalicílico
comprimidos 325 mg
LÍQUIDO DE CALIBRACIÓN
PELÍCULA
ANTICONCEPTIVA
EMBECTA JERINGA DE
INSULINA
CONDONES FEMENINOS

FREESTYLE FREEDOM
LITE MEDIDOR
FREESTYLE PRECISION
NEO MEDIDOR
HUMULIN MIX INYECTABLE
HUMULIN R INYECTABLE
DISPOSITIVO DE LANCETA
levonorgestrel comprimidos
naloxona hcl spray nasal

NICODERM PARCHES KIT DE NICOTINA NOVOTWIST AGUJA PARA PLUMA

omeprazol comprimidos

MEDIDOR DE FLUJO PICO

PREVACID OTC CÁPSULAS

zinc gluconato comprimidos

ACCU-CHEK GUIDE ME KIT

aspirina comprimidos masticables 81 mg JERINGA DE INSULINA B-D cimetidina comprimidos ESPUMA ANTICONCEPTIVA EMBECTA AGUJA PARA PLUMA

FLONASE SENSIMIST SPRAY NASAL FREESTYLE INSULINX TIRAS REACTIVAS FREESTYLE PRECISION NEO TIRAS REACTIVAS HUMULIN MIX PLUMA INYECTABLE KETO-DIASTIX TIRAS REACTIVAS KIT DE LANCETA CONDONES MASCULINOS NARCAN SPRAY NASAL

NICORETTE GOMA DE MASCAR nicotina pastilla NOVOTWIST/NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA ONETOUCH DELICA LANCETAS PLAN B COMPRIMIDOS

RIVIVE, REXTOVY SPRAY

ACCU-CHEK GUIDE TIRAS REACTIVAS ASPIRINA EC COMPRIMIDOS 325 MG AGUJA PARA PLUMA B-D CLINISTIX TIRAS REACTIVAS GEL ANTICONCEPTIVO

ácido fólico comprimidos 400 mcg

esomeprazol cápsulas

FREESTYLE LITE MEDIDOR

FREESTYLE TIRAS REACTIVAS

HUMULIN N INYECTABLE
KETOSTIX
LANCETAS
meclizina comprimidos
masticables
NASACORT OTC
SPRAY NASAL
NICORETTE PASTILLAS
nicotina parches
olopatadina solución oftálmica
0.1 %

ONETOUCH DELICA PLUS LANCETAS PRECISION XTRA MEDIDOR

TODAY ESPONJA

AEROCHAMBER

aspirina ec comprimidos 81 mg budesonida spray nasal CONCEPTROL GEL SUPOSITORIO ANTICONCEPTIVO esomeprazol magnesio DR comprimidos ácido fólico comprimidos 800 mcg

FREESTYLE LITE TIRAS REACTIVAS guaifenesina/codeína jarabe

HUMULIN N PLUMA INYECTABLE ketotifeno solución oftálmica lansoprazol cápsulas meclizina comprimidos NEXIUM 24HR COMPRIMIDOS

nicotina goma de mascar NOVOFINE AGUJA PARA PLUMA olopatadina solución oftálmica 0.2 %

ONETOUCH DELICA ULTRASOFT LANCETAS PRECISION XTRA TIRAS REACTIVAS triamcinolona OTC spray nasal

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select Última actualización* 9/11/2025

Farmacia especializada obligatoria (MSP)

- Navitus utiliza una farmacia especializada, con experiencia en la manipulación de medicamentos especializados para coordinar el apoyo personalizado de los miembros que tienen enfermedades crónicas y complejas.
- · Los medicamentos especializados solo están disponibles para el suministro de un mes debido a su alto costo y uso.
- Una farmacia especializada debe suministrar los siguientes medicamentos.

Medicamentos de la farmacia especializada obligatoria (MSP)

abiraterona comprimidos	ACTIMMUNE INYECTABLE	ADALIMUMAB FKJP KIT	ADALIMUMAB-AATY 20
250 mg		INYECTABLE	MG/0.2 ML JERINGA
ŭ	ADALIMUMAB-AATY 40	20 MG/0.4 ML	PRECARGADA (KIT DE 2
ADALIMUMAB-AATY 40	MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 2		JERINGAS)
MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE 1	PLUMAS)	MG/0.4 ML JERINGA	ADALIMUMAB-AATY 80
PLUMA)	1 201111 (0)	PRECARGADA (KIT DE 2	MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 1
FLOWA)	ADALIMUMAB-ADAZ	JERINGAS)	PLUMA)
ADALIMINAAD AATV	INYECTABLE	,	FLOWA)
ADALIMUMAB-AATY	INTEGRADEE	ADALIMUMAB-ADAZ	
80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT	ADALIMUMAB-FKJP	INYECTABLE	ADALIMUMAB-ADAZ PFS
DE 3		10/0.1 ML	INYECTABLE
PLUMAS)	KIT AUTOINYECTOR		
ADALIMUMAB-FKJP	40 MG/0.8 ML	ADALIMUMAB-FKJP KIT DE	ADALIMUMAB-FKJP KIT DE
KIT AUTOINYECTOR	ALECENSA CÁPSULAS	JERINGA	JERINGA
		PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	PRECARGADA 40 MG/0.8 ML
ADBRY INYECTABLE	ALUNBRIG COMPRIMIDOS		
	30 mg	ALFERON-N INYECTABLE	ALKINDI SPRINKLE
ALKINDI SPRINKLE	,		CÁPSULAS
CÁPSULAS	AUGTYRO CÁPSULAS	ALUNBRIG TAB 90 mg,	0.5 MG
1 MG	AUSTEDO XR PAQUETE	180 mg	ambrisentán comprimidos
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	CON DOSIS AJUSTADAS	AUGTYRO CÁPSULAS 160	•
AUSTEDO XR	BALVERSA COMPRIMIDOS	MG	AUSTEDO XR
COMPRIMIDOS	4 MG	AVONEX INYECTABLE	COMPRIMIDOS
	BERINERT INYECTABLE		AYVAKIT COMPRIMIDOS
KIT CON DOSIS	bexaroteno gel	BALVERSA COMPRIMIDOS	
AJUSTADAS	BOSULIF COMPRIMIDOS	5 MG	BENLYSTA AUTOINYECTOR
BALVERSA COMPRIMIDOS	BYLVAY CÁPSULAS	BESREMI INYECTABLE	BETASERON INYECTABLE
3 MG	DISPERSABLES	bosentán comprimidos	bosentán comprimidos para
BENLYSTA INYECTABLE	200 MCG	BRAFTOVI CÁPSULAS	suspensión oral
bexaroteno cápsulas	capecitabina comprimidos	75 MG	BYLVAY CÁPSULAS
BOSULIF CÁPSULAS	CINRYZE INYECTABLE	BYLVAY CÁPSULAS	1200 MCG
BYLVAY CÁPSULAS	CYSTADROPS SOLUCIÓN	DISPERSABLES	CALQUENCE COMPRIMIDOS
400 MCG	DAYBUE SOLUCIÓN	600 MCG	CALQUEINGE GOIMI TAIMIDGE
	DOPTELET COMPRIMIDOS	CAPRELSA COMPRIMIDOS	CAPRELSA COMPRIMIDOS
CAMZYOS CÁPSULAS		COPIKTRA CÁPSULAS	300 MG
CIMZIA INYECTABLE	EBGLYSS INYECTABLE EN		COTELLIC COMPRIMIDOS
CYSTADANE POLVO	PLUMA	OFTÁLMICA SOLUCIÓN	dalfampridina ER comprimidos
dasatinib comprimidos	. 2011	deferiprona comprimidos	dimetil fumarato DR cápsulas
dimetil fumarato DR paquete	eltrombopag olamina	DUPIXENT INYECTABLE	DUPIXENT INYECTABLE EN
de inicio	comprimidos	DUPIXENT INTECTABLE	PLUMA
	75 mg	altranala anar alansina nalya	PLUMA
EBGLYSS INYECTABLE	ENBREL SURECLICK	eltrombopag olamina polvo	- Hannah an an alamain a
	INYECTABLE SURECLICK	en paquete para suspensión ENBREL INYECTABLE	eltrombopag olamina
eltrombopag olamina			comprimidos
comprimidos	50 mg	25 MG	12.5 mg, 25 mg
50 mg		EDIDIOI EV COLLIGIÓN	ENBREL INYECTABLE 50 MG
ENBREL MINI INYECTABLE		EPIDIOLEX SOLUCIÓN	EDIVEDOE OÁDOULAC
			ERIVEDGE CÁPSULAS

ERLEADA COMPRIMIDOS ESBRIET CÁPSULAS everolimus comprimidos FERRIPROX COMPRIMIDOS 1000 MG FRUZAQLA CÁPSULAS 1 MG GAVRETO CÁPSULAS GILENYA CÁPSULAS 0.25 MG HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML

HEMLIBRA INYECTABLE HUMIRA INYECTABLE 40 MG

HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO COLITIS ULCEROSA PAQUETE DE INICIO

hidroxiprogesterona
inyectable
IDHIFA COMPRIMIDOS
IMBRUVICA COMPRIMIDOS
420 MG
INLYTA COMPRIMIDOS
KALYDECO PAK
KISQALI PAK
lapatinib ditosilato
comprimidos

leuprolida inyectable LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG LUPKYNIS CÁPSULAS LYNPARZA COMPRIMIDOS

MEKINIST SOLUCIÓN mesna comprimidos MYLERAN COMPRIMIDOS nilutamida comprimidos OCTREOTIDA INYECTABLE 100 MCG ORKAMBI PAQUETE **GRANULADO** pazopanib comprimidos PIQRAY COMPRIMIDOS PLEGRIDY INYECTABLE pirimetamina comprimidos RADICAVA ORS KIT DE INICIO REZLIDHIA CÁPSULAS RINVOQ ER COMPRIMIDOS RUCONEST INYECTABLE

sapropterina dihidrocloruro comprimidos solubles SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk) ERLEADA COMPRIMIDOS
240 MG
ESBRIET COMPRIMIDOS 267
MG
everolimus comprimidos 5 mg
FILSPARI COMPRIMIDOS
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG
gefitinib comprimidos
GILOTRIF COMPRIMIDOS
HADLIMA PUSH INYECTABLE

HIZENTRA INYECTABLE HUMIRA INYECTABLE 80 MG

HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UVEITIS PAQUETE DE INICIO HYFTOR GEL imatinib comprimidos **INCRELEX INYECTABLE INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG** KALYDECO COMPRIMIDOS KISQALI COMPRIMIDOS LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR **COMPRIMIDOS** I-glutamina paquete de polvo LORBRENA **COMPRIMIDOS** 25 MG LUPRON DEPOT INYECTABLE LYSODREN COMPRIMIDOS

MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG MESNEX COMPRIMIDOS NEMLUVIO INYECTABLE NINLARO CÁPSULAS ODOMZO CÁPSULAS ORKAMBI COMPRIMIDOS

PEGASYS INYECTABLE
pirfenidona cápsulas
PLEGRIDY PLUMA
INYECTABLE
PYRUKYND COMPRIMIDOS
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN

REZUROCK COMPRIMIDOS RINVOQ SOLUCIÓN ORAL RYDAPT CÁPSULAS

SCEMBLIX COMPRIMIDOS

SIRTURO COMPRIMIDOS

erlotinib comprimidos **COMPRIMIDOS ESBRIET** 801 MG everolimus comprimidos para suspensión oral fingolimod hcl cápsulas 0.5 mg **FULPHILA INYECTABLE** GENOTROPIN INYECTABLE glatiramer inv. **HADLIMA PUSH INYECTABLE** 40MG/0.8ML **HUMIRA INYECTABLE 10 MG HUMIRA INYECTABLE** CROHN/UC/HIDRADENITIS PAQUETE DE INICIO **HUMIRA PLUMA** INYECTABLE 40 ma

icatibant inyectable
IMBRUVICA CÁPSULAS 140
MG
INGREZZA CÁPSULAS
INTRON-A INYECTABLE
KESIMPTA INYECTABLE
KOSELUGO CÁPSULAS
10 MG
lenalidomida cápsulas

LIVMARLI SOLUCIÓN
LUMRYZ PAQUETE
LUPRON DEPOT PED
INYECTABLE
LYTGOBI PAQUETE DE
TERAPIA

COMPRIMIDOS MEKINIST 2 MG mifepristona comprimidos **NERLYNX COMPRIMIDOS NIVESTYM INYECTABLE** OJJAARA COMPRIMIDOS PALFORZIA POLVO EN **PAQUETE** PEG-INTRON INYECTABLE pirfenidona comprimidos 267 mg PREVYMIS PAK **PYRUKYND TAPER PAQUETE** REBIF INYECTABLE

RIBAVIRINA CÁPSULAS ROZLYTREK CÁPSULAS SAMSCA COMPRIMIDOS 15 MG

SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG

SKYCLARYS CÁPSULAS

erlotinib comprimidos 25 mg
ETOPÓSIDO CÁPSULAS
FERRIPROX SOLUCIÓN
FIRDAPSE COMPRIMIDOS
FUROSCIX KIT
GENOTROPIN INYECTABLE
5 MG
HADLIMA INYECTABLE
HAEGARDA INYECTABLE

HUMIRA INYECTABLE 20 MG HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE DE INICIO

HYCAMTIN CÁPSULAS

ICLUSIG COMPRIMIDOS IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg INGREZZA CÁPSULAS DISPERSABLES JAYPIRCA COMPRIMIDOS KHINDIVI SOLUCIÓN KRAZATI COMPRIMIDOS LENVIMA CÁPSULAS

LIVTENCITY COMPRIMIDOS
LUMRYZ PAQUETE DE
INICIO
LUPRON DEPOT-PED
INYECTABLE
MAVENCLAD PAQUETE DE
TERAPIA
MEKTOVI COMPRIMIDOS
miglustat cápsulas
nilotinib hcl cápsulas
octreotida inyectable
OMNITROPE INYECTABLE
PALFORZIA CÁPSULAS
DISPERSABLES

PEMAZYRE COMPRIMIDOS pirfenidona comprimidos 801 mg PREVYMIS COMPRIMIDOS QINLOCK COMPRIMIDOS REVLIMID CÁPSULAS

RIBAVIRINA COMPRIMIDOS RUBRACA COMPRIMIDOS sapropterina dihidrocloruro polvo en paquete SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk) SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML

SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML

SOGROYA INYECTABLE SYMDEKO COMPRIMIDOS TAFINLAR COMPRIMIDOS TAVNEOS CÁPSULAS TEZSPIRE COMPRIMIDOS tiopronina comprimidos de liberación retardada tolvaptán comprimidos paquete de terapia TRUQAP COMPRIMIDOS TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG

VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG VIVITROL INYECTABLE VYNDAQEL CÁPSULAS XPHOZAH COMPRIMIDOS ZTALMY SUSPENSIÓN SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML

sorafenib tosilato comprimidos SYNAGIS INYECTABLE TALTZ INYECTABLE temozolomida cápsulas THALOMID CÁPSULAS TOBI PODHALER tretinoína cápsulas TRUQAP PAQUETE DE TERAPIA UPTRAVI COMPRIMIDOS

VERZENIO COMPRIMIDOS

VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG VONJO CÁPSULAS WELIREG COMPRIMIDOS ZARXIO INYECTABLE ZYDELIG COMPRIMIDOS SODIO OXIBATO SOLUCIÓN

STIVARGA COMPRIMIDOS TABRECTA COMPRIMIDOS TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML teriflunomida comprimidos **TIBSOVO TAB** tobramicina solución para nebulizar trientina cápsulas TURALIO CÁPSULAS VALCHLOR GEL VIJOICE PAQUETE **GRÁNULOS** VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG VOWST CÁPSULAS XALKORI CÁPSULAS ZEJULA CÁPSULAS ZYKADIA CÁPSULAS

SOFOSBUVIR/VELPATASVI R COMPRIMIDOS sunitinib malato cápsulas TAFINLAR CÁPSULAS TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML tetrabenazina comprimidos tiopronina comprimidos TOLVAPTAN COMPRIMIDOS TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA TYENNE INYECTABLE VANFLYTA COMPRIMIDOS

VIJOICE COMPRIMIDOS

VITRAKVI SOLUCIÓN VOXZOGO INYECTABLE XOSPATA COMPRIMIDOS ZEJULA COMPRIMIDOS ZYKADIA COMPRIMIDOS

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select

Última actualización* 9/11/2025 Terapia escalonada (ST)

• Los siguientes medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos con una terapia escalonada.

Medicamentos con terapia escalonada (ST)

Nombre del medicamento	Requisitos de la terapia escalonada
BECONASE AQ SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona
buprenorfina parches	QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
DEXCOM G6 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 TRANSMISOR	QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS)	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DIFICID SUSPENSIÓN	QL = 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
DIFICID COMPRIMIDOS	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
febuxostat comprimidos	La terapia escalonada requiere la prueba de alopurinol.
fentanilo parches	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
fidaxomicina comprimidos	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
fluvoxamina ER cápsulas	La terapia escalonada requiere la prueba de citalopram, escitalopram, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina o paroxetina
FREESTYLE LIBRE 2 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS)	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
hidrocodona bitartrato er comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides)

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select, cont. Última actualización* 9/11/2025

Terapia escalonada (ST)

• Los siguientes medicamentos están incluidos en la lista de medicamentos con una terapia escalonada.

Medicamentos con terapia escalonada (ST)

Nombre del medicamento	Requisitos de la terapia escalonada
hidromorfona ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides)
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HFA INHALADOR	QL= 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o producto con albuterol HFA
LIVALO COMPRIMIDOS	La terapia escalonada requiere la prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
metadona solución	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
metadona comprimidos	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
methadose comprimidos	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
SULFATO DE MORFINA ER CÁPSULAS PERLADAS	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
morfina sulfato ER comprimidos	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
NEVIRAPINA ER COMPRIMIDOS	La terapia escalonada requiere la prueba de nevirapina.
NEXLETOL COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NEXLIZET COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NUCYNTA ER COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
pitavastatina cálcica comprimidos	La terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA PUSHTRONEX INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
risedronato DR comprimidos	La terapia escalonada requiere la prueba de alendronato.
SPIRIVA RESPIMAT INHALADOR	QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR
1.25 MCG/ACTUACIÓN	(FLUTICASONA/SALMETEROL), BREO (FLUTICASONA/VILANTEROL), DULERA (MOMETASONA/FORMOTEROL) o SYMBICORT (BUDESONIDA/FORMOTEROL)
tavaborol solución	QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para uñas de ciclopirox y terbinafina comprimidos
tramadol ER comprimidos	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
TRAMADOL HCL ER COMPRIMIDOS	La terapia escalonada requiere el paso por opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
XTAMPZA ER CÁPSULAS	QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
ZETONNA SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona

Lista de medicamentos de Community Health Choice Select

Agentes para abandonar el tabaquismo Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	N.° de nivel para el copago del medicamento
bupropión SR comprimidos (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICODERM PARCHES (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICORETTE CHICLE (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICORETTE PASTILLAS (Limitado a 180 días/año del plan)	1
chicle de nicotina (Limitado a 180 días/año del plan)	1
KIT DE NICOTINA (Limitado a 180 días/año del plan)	1
pastillas de nicotina (Limitado a 180 días/año del plan)	1
parche de nicotina (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICOTROL INHALADOR (Limitado a 180 días/año del plan)	1
NICOTROL SPRAY NASAL (Limitado a 180 días/año del plan)	1
VARENICLINA COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	1
vareniclina tartrato comprimidos (Limitado a 180 días/año del plan)	1
vareniclina tartrato comprimidos paquete de inicio (Limitado a 180 días/año del plan)	1
ZYBAN COMPRIMIDOS (Limitado a 180 días/año del plan)	1

Lista de medicamentos para la infertilidad del Community Health Choice Select Última actualización* 9/11/2025

Nombre del medicamento	N.º de nivel para el copago del medicamento
cetrorelix acetato kit inyectable	NC
CETROTIDE KIT	NC
clomifeno citrato comprimidos	NC
FOLLISTIM AQ INYECTABLE	NC
GONAL-F RFF INYECTABLE	NC
GONAL-F RFF INYECTABLE, GONAL-F INYECTABLE	NC
leuprolida inyectable	5
MENOPUR INYECTABLE	NC
OVIDREL INYECTABLE	NC
PREGNYL INYECTABLE, NOVAREL INYECTABLE	6

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
ABRYSVO INYECTABLE	QL= 1 dosis/vida
ADALIMUMAB FKJP KIT INYECTABLE 20 MG/0.4 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE PLUMA)	QL= 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML PLUMA (KIT DE PLUMA)	QL= 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML JERINGA PRECARGADA (KIT DE 2 JERINGAS)	QL= 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE PLUMA)	QL= 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML PLUMA (KIT DE 3 PLUMAS)	QL= 1 kit/reposición; 1 reposición/año del plan
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-ADAZ INYECTABLE 10/0.1 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-ADAZ PFS INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT AUTOINYECTOR 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 20 MG/0.4 ML	QL = 2 iny./28 días
ADALIMUMAB-FKJP KIT DE JERINGA PRECARGADA 40 MG/0.8 ML	QL = 2 iny./28 días
ADBRY INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
AFLURIA INYECTABLE, FLUZONE INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
albuterol HFA inhalador	QL = 2 inhaladores/30 días
ALECENSA CÁPSULAS	QL = 8 cápsulas/día
ALINIA SUSPENSIÓN	QL = 60 ml/3 días
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 0.5 MG	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
ALKINDI SPRINKLE CÁPSULAS 1 MG	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se requiere autorización previa para miembros de más de 9 años
almotriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 30 mg	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850- 4306 u Onco360 877-662-6633
ALUNBRIG COMPRIMIDOS 90 mg, 180 mg	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
ambrisentán comprimidos	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Lumicera 855-847-3553
ANNOVERA ANILLO	QL= 1 anillo/año
ANZEMET COMPRIMIDOS	QL= 9 comprimidos/reposición
Aprepitant capsulas	QL= 3 cápsulas /reposición

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Página 263 de 276

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

aprepitant pak	QL = 3 cápsulas/reposición
APRETUDE SUSPENSIÓN	QL= 7 iny./año
ARBLI SUSPENSIÓN	QL= 330 mL/30 días; se requiere autorización previa para miembros de 9 años en adelante
AREXVY INYECTABLE	QL= 1 dosis/vida
ARIKAYCE SUSPENSIÓN	QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Maxor Pharmacy 800-658-6046
armodafinilo comprimidos	QL = 1 comprimido/día
asenapina maleato SL comprimidos	QL = 2 comprimidos/día
AUGTYRO CÁPSULAS	QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
AUGTYRO CÁPSULAS 160 MG	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
AUSTEDO XR COMPRIMIDOS KIT CON DOSIS AJUSTADAS	QL= 1 paquete/28 días
AUSTEDO XR BLÍSTER CON DOSIS AJUSTADA	QL= 1 paquete/28 días
AYVAKIT COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
BALVERSA COMPRIMIDOS 3 MG	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767
BALVERSA COMPRIMIDOS 4 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237- 2767
BALVERSA COMPRIMIDOS 5 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de CVS Specialty 800-237-2767
BAQSIMI POLVO NASAL	QL= 2 inhalaciones/reposición
BAXDELA TAB	QL= 2 comprimidos/día; restringido para especialistas en enfermedad infecciosa
BENLYSTA AUTOINYECTOR	QL= 4 iny./28 días
BENLYSTA INYECTABLE	QL= 4 iny./28 días
BESREMI INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
bimatoprost solución oftálmica	QL = 2.5 ml/30 días
bosentán comprimidos	QL = 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
bosentán comprimidos para suspensión oral	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
BRAFTOVI CÁPSULAS 75 MG	QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accrede 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416
budesonida ER comprimidos	QL = 1 comprimido/día
budesonida spray nasal	QL = 2 frascos/reposición
buprenorfina parches	QL= 4 parches/28 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
bupropión SR comprimidos	Limitado a 180 días/año del plan
butorfanol spray nasal	QL = 1 frasco/reposición, 2 reposiciones/30 días
BYLVAY CÁPSÚLAS 1200 MCG	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS 400 MCG	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 200 MCG	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479
BYLVAY CÁPSULAS DISPERSABLES 600 MCG	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx Pharmacy 855-726-8479

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
CALQUENCE COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306, Onco360 877-662-6633 o Walgreens 888-347-3416
CAMZYOS CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 o Walgreens 888-347-3416
CAPRELSA COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
CAPRELSA COMPRIMIDOS 300 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
CIMZIA INYECTABLE	QL = 2 inyección/28 días
CINRYZE INYECTABLE	QL = 16 viales/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800- 803-2523
CLEOCIN SUPOSITORIOS VAGINALES clindamicina crema vaginal	QL= 3 supositorios/reposición
CLINDESSE CREMA VAGINAL	QL= 1 aplicador/reposición
clocortolona pivalato crema	QL= 90 gm/30 días
COMIRNATY INYECTABLE	QL= 1 dosis/17 días
COMIRNATY INYECTABLE 30 MCG/0.3 ML	QL= 1 dosis/17 días
COPIKTRA CÁPSULAS	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977- 9118
COTELLIC COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER)	QL= 1 dosis/17 días
COTELLIC COMPRIMIDOS	QL = 3 comprimidos/día
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 5-11 AÑOS (PFIZER)	QL= 1 dosis/17 días
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-11 AÑOS (MODERNA)	QL= 1 dosis/24 días
COVID-19 VACUNA INYECTABLE 6M-4 AÑOS (PFIZER)	QL= 1 dosis/17 días
ciclosporina emulsión oftálmica	QL= 60 viales/30 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría
CYSTADROPS SOLUCIÓN	QL = 4 frascos/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología; únicamente disponible a través de Anovo Specialty Pharmacy 844-288-5007
CYSTARAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 4 botellas/28 días; restringido a especialistas en Oftalmología u Optometría; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
DAYBUE SOLUCIÓN	QL = 8 frascos/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007
DELESTROGEN INYECTABLE	QL = 5 ml/reposición
DEPO-PROVERA SC INYECTABLE 104 MG	QL = 1 inyección/90 días
DEXCOM G6 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G6 TRANSMISOR	QL= 1 transmisor/90 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 RECEPTOR	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR	QL= 3 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
DEXCOM G7 SENSOR (15 DÍAS)	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
diazepam gel rectal	QL= 4 dosis/reposición
diclofenac gel	QL = 300 gm/30 días

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
diclofenac gel 1 %	QL = 5 pomos/reposición
diclofenaco solución 1.5%	QL = 3 frascos/reposición
DIFICID SUSPENSIÓN	QL = 136 mL/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas e Firvang solución
DIFICID COMPRIMIDOS	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina cápsulas o Firvanq solución
donepezilo ODT	QL = 1 comprimido/día
donepezilo comprimidos	QL = 2 comprimidos/día
donepezilo comprimidos 23 mg	QL = 1 comprimido/día
DOPTELET COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
DUPIXENT INYECTABLE	QL = 2 iny./28 días
DUPIXENT INYECTABLE EN PLUMA	QL = 2 iny./28 días
EBGLYSS INYECTABLE	QL = 1 iny./28 días
EBGLYSS INYECTABLE EN PLUMA	QL= 1 paquete/28 días
eletriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
eltrombopag olamina polvo en paquete para suspensión	QL = 1 paquete/día
eltrombopag olamina comprimidos	QL = 1 comprimido/día
12.5 mg, 25 mg eltrombopag olamina comprimidos 50 mg	Ol = 2 comprimides/d/s
	QL = 2 comprimidos/día
eltrombopag olamina comprimidos 75 mg	QL = 2 comprimidos/día
ENBREL INYECTABLE 25 MG	QL = 8 iny./28 días
ENBREL INYECTABLE 50 MG	QL = 4 iny./28 días
ENBREL MINI INYECTABLE	QL = 4 iny./28 días
ENBREL SURECLICK INYECTABLE 50 MG	QL = 4 iny./28 días
entecavir comprimidos	QL = 1 comprimido/día
epinefrina pluma inyectable 0.15 mg, 0.3 mg	QL= 2 iny./reposición
ERGOMAR SL COMPRIMIDOS	QL = 20 comprimidos/28 días
ERIVEDGE CÁPSULAS	QL = 1 cápsula/día
ERLEADA COMPRIMIDOS	QL = 4 comprimidos/día
ERLEADA COMPRIMIDOS 240 MG	QL = 1 comprimido/día
erlotinib comprimidos	QL = 1 comprimido/día
erlotinib comprimidos 25 mg	QL = 3 comprimidos/día
ESBRIET CÁPSULAS	QL = 9 cápsulas/día
ESBRIET COMPRIMIDOS 267 MG	QL = 9 comprimidos/día
ESBRIET COMPRIMIDOS 801 MG	QL = 3 comprimidos/día
estradiol vaginal comprimidos yuvafem vaginal comprimidos	QL= 8 comprimidos/28 días (18 comprimidos en la primera reposición)
estradiol valerato inyectable	QL = 5 ml/reposición
eszopiclona comprimidos	QL = 1 comprimido/día
everolimus comprimidos	QL = 1 comprimido/día
everolimus comprimidos 5 mg	everolimus comprimidos 5 mg
everolimus comprimidos para suspensión oral	QL = 1 comprimido/día
FARXIGA COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
CONDONES FEMENINOS	QL= 12 condones/reposición
fentanilo citrato paletas	QL = 120 pastillas/30 días
fidaxomicina comprimidos	QL= 20 tabletas/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de vancomicina
	cápsulas o Firvanq solución

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
FILSPARI COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Optum Frontier 855-768-9727 o Caremark/CV Specialty 800-378-0695
FLUAD INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
FLUBLOK INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
FLUCELVAX INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
FLULAVAL INYECTABLE, FLUARIX INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
FLUMIST NASAL	QL= 1 dosis/28 días
flunisolida solución nasal	QL= 2 frascos/reposición
fluticasona spray nasal	QL= 2 frascos/reposición
FLUZONE ALTA DOSIS PF INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
FREESTYLE LIBRE 2	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 2-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro
EDEEOTY/LE LIDDE O LEOTOD	no está utilizando actualmente insulina QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no
FREESTYLE LIBRE 3 LECTOR	está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE 3-PLUS SENSOR	QL= 2 sensores/30 días; se requiere autorización previa [excepción] si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE	QL= 1 receptor/año; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FREESTYLE LIBRE SENSOR (14 DÍAS)	QL= 2 sensores/28 días; se requiere autorización previa (excepción) si el miembro no está utilizando actualmente insulina
FRUZAQLA	QL= 84 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
FRUZAQLA CÁPSULAS 5 MG	QL= 21 cápsulas/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
FUROSCIX KIT	QL= 8 iny./reposición; únicamente disponible a través de Onco360 o CareMed 877-662-6633
gabapentina cápsulas	QL= 9 cápsulas/día
gabapentina solución	QL= 72 ml/día
gabapentina comprimidos 600 mg	QL= 6 comprimidos/día
gabapentina comprimidos 800 mg	QL= 4.5 comprimidos/día
GAVILYTE-C SOLUCIÓN	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario
GAVRETO CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
gefitinib comprimidos	QL= 1 comprimido/día
GILOTRIF COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; Únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
GLUCAGEN HYPOKIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
glucagón (ADNr) para kit de inyección	QL= 2 iny./reposición

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
GLUCAGÓN EMR INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GLUCAGÓN KIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GLYXAMBI COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
GOLYTELY	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago
	de marca preferida; limitado a 2 reposiciones/año calendario
granisetrón comprimidos	QL= 14 comprimidos/reposición
GRANISOL SOLUCIÓN	QL= 60 ml/reposición
guaifenesina/codeína jarabe	QL= 240 ml/reposición
GVOKE INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GVOKE KIT INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
GVOKE PFS INYECTABLE	QL= 2 iny./reposición
HADLIMA INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días
HADLIMA INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	QL= 2 iny./28 días
HADLIMA PUSH INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días
HADLIMA PUSH INYECTABLE 40 MG/0.8 ML	QL= 2 iny./28 días
HUMIRA INYECTABLE 10 MG	QL= 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 20 MG	QL= 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 40 MG	QL= 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE 80 MG	QL= 2 jeringas/28 días
HUMIRA INYECTABLE	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan PAQUETE DE INICIO
CROHN/UC/HIDRADENITIS	QL = 1 paquete/reposición, 1
HUMIRA INYECTABLE PEDIÁTRICO CROHNS PAQUETE	QL - 1 paqueterreposicion, 1
HUMIRA INYECTABLE PAQUETE DE INICIO PARA COLITIS ULCEROSA PEDIÁTRICA	QL = 1 paquete/reposición, 1 reposición/año del plan
HUMIRA INYECTABLE PSORIASIS/UVEÍTIS PAQUETE	QL = 1 paquete/reposición, 1
HUMIRA PLUMA INYECTABLE 40 MG	QL = 2 plumas/28 días
HID POL/CPM SUSPENSIÓN	QL= 120 ml/reposición; 2 reposiciones/30 días
HIDROCODONA BITARTRATO ER	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha
COMPRIMIDOS	utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
hidrocodona/clorfeniramina CR suspensión	QL= 120 ml/reposición; 2 reposiciones/30 días
hidrocodona/clorfenamina/pseudoefedrina	QL = 120 ml/reposición, 2 reposiciones/30 días
líquido .	42 120 migroposision, 2 repositiones, 50 and
hidrocortisona succinato inyectable 1000 mg	QL= 2 viales/reposición
hidromorfona ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
HYFTOR GEL	QL= 10 gramos/30 días; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ibandronato comprimidos 150mg	QL= 1 comprimido/30 días
IDHIFA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
IMBRUVICA CÁPSULAS 140 mg	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMBRUVICA CÁPSULAS 70 mg	QL= 1 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
IMBRUVICA COMPRIMIDOS 420 MG	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
IMITREX INYECTABLE	QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días
INGREZZA CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens 888-347-3416
INGREZZA CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523, CVS/Caremark 800-237-2767, Orsini 800-410-8575, PantheRx 855-726-8479 o Walgreens
INLYTA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día
INLYTA COMPRIMIDOS 1 MG	QL= 8 comprimidos/día
ivermectin crema	QL= 45 gramos/30 días
JANUMET COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
JANUMET XR COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
JANUVIA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
JARDIANCE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
JAYPIRCA COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
JENTADUETO COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
JENTADUETO XR COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
KALYDECO PAK	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
KALYDECO COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ketorolaco inyectable 15mg/ml	QL= 20 ml/5 días
ketorolaco inyectable 30 mg/ml	QL= 20 ml/5 días
ketorolaco inyectable 60 mg/2 ml	QL= 20 ml/5 días
ketorolaco comprimidos	QL= 20 comprimidos/5 días
KHINDIVI SÖLUCIÓN	QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de AnovoRx 844-288-5007; se
	requiere autorización previa para miembros de más de 9 años
KISQALI PAK	QL= 91 comprimidos/28 días
KISQALI COMPRIMIDOS	QL= 63 comprimidos/28 días
KOSELUGO CÁPSULAS 10 MG	QL= 8 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
KRAZATI COMPRIMIDOS	QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
LAGEVRIO (EUA)	QL= 40 cápsulas/reposición
LAGEVRIO CÁPSULAS 200 MĢ	QL= 40 cápsulas/reposición
LASTACAFT SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 3 ml/30 días
latanoprost solución oftálmica	QL= 2.5 ml/30 días
LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR COMPRIMIDO	
lenalidomida cápsulas	QL= 1 cápsula/día; restringido para especialistas en Oncología o Hematología; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
LENVIMA	QL = 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360
LEVALBUTEROL INHALADOR, XOPENEX HF INHALADOR	QL= 2 inhaladores/reposición, 2 reposiciones/30 días; la terapia escalonada requiere la prueba de VENTOLIN HFA o un producto de albuterol HFA
l-glutamina polvo en paquete	QL= 6 paquetes/día
lidocaína pomada	QL= 107 g/30 días
lidocaína parches	QL= 3 parches/día
lidocaína parches 5%	QL= 3 parches/día

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
LINZESS CÁPSULAS	QL= 1 cápsula/día
liraglutida solución en pluma inyectora	QL= 9 ml/30 días
LIVMARLI SOLUCIÓN	QL= 90 ml/30 días; únicamente disponible a través de Eversana 866-849-4481
LIVTENCITY COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
lofexidina hcl comprimidos	QL= 96 comprimidos/7 días
LOKELMA PAK	QL= 1 paquete/día
LORBRENA COMPRIMIDOS 100 MG	QL= 1 comprimido/día
LORBRENA COMPRIMIDOS 25 MG	QL= 3 comprimidos/día
lubiprostona cápsulas	QL= 2 cápsulas/día
LUCEMYRA COMPRIMIDOS	QL= 96 comprimidos/7 días
LUMIGAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 2.5 ml/30 días
LUMRYZ PAQUETE	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
LUMRYZ PAQUETE DE INICIO	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
LUPKYNIS CÁPSULAS	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 o PantheRx Pharmacy 855-726-8479
LYNPARZA	QL = 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo
	800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767 u
LYTGOBI PAQUETE DE TERAPIA	QL= 5 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633
malatión loción	QL= 2 frascos/reposición
CONDONES MASCULINOS	QL= 12 condones/reposición
medroxiprogesterona inyectable	QL= 1 iny./90 días
MEKINIST COMPRIMIDOS 0.5 MG	QL= 3 comprimidos/día
MEKINIST COMPRIMIDOS 2 MG	QL= 1 comprimido/día
MEKTOVI COMPRIMIDOS	QL = 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de AcariaHealth 800-511-5144, Accredo 800-803-2523, Biologics 800-850-4306, CVS/Caremark 800-237-2767, Onco360 877-662-6633, Optum 877-445-6874 o Walgreens 888-347-3416
metilergonovina comprimidos	QL= 28 comprimidos/reposición, 1 reposición/365 días
mifepristona comprimidos	QL= 4 comprimidos/día
MNEXSPIKE INYECTABLE 10 MCG/0.2 ML	
modafinilo comprimidos	QL= 2 comprimidos/día
mometasona spray nasal	QL= 2 frascos/reposición
MOTEGRITY COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
MOUNJARO INYECTABLE	QL= 4 iny./28 días
MRESVIA INYECTABLE	QL= 1 dosis/de por vida
NALOXONA INYECTABLE PRECARGADO	QL= 2 iny./reposición
naratriptán comprimidos	QL = 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
NASACORT OTC SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición
NATROBA SUSPENSIÓN	QL= 1 frasco/reposición

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
NEFFY SPRAY	QL= 2 dosis/reposición
NEMLUVIO INYECTABLE	QL= 1 iny./56 días
NERLYNX COMPRIMIDOS	QL= 6 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-
NEXLETOL COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina,
	fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NEXLIZET	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina,
	fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
NICODERM PARCHES	Limitado a 180 días/año del plan
NICORETTE GOMA DE MASCAR	Limitado a 180 días/año del plan
NICORETTE PASTILLAS	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina goma de mascar	Limitado a 180 días/año del plan
NICOTINE PAK	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina pastillas	Limitado a 180 días/año del plan
nicotina parches	Limitado a 180 días/año del plan
NICOTROL INHALADOR	Limitado a 180 días/año del plan
NICOTROL SPRAY NASAL	Limitado a 180 días/año del plan
nitazoxanida comprimidos	QL= 6 comprimidos/3 días
NOVAVAX INYECTABLE	QL= 1 dosis/24 días
NUCYNTA ER	QL= 2 comprimidos/día; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si
	no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides)
ODOMZO CAPSULAS	QL= 1 cápsula/día
OJJAARA	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-
	850-4306 u Onco360 877-662-6633
olopatadina solución oftálmica 0.2%	QL= 2.5 ml/30 días
OMNIPOD 5 DEX G7G6 KIT DE INTRODU	
OMNIPOD 5 DEX G7G6 PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD 5 G7 KIT DE INTRODUCCIÓN	
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	QL= 10 pods/30 días
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT DE INT	
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	QL= 10 pods/30 días
OMNIPOD 5 PAQUETE DE PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD DASH KIT DE INTRODUCCIÓN	
OMNIPOD DASH PODS	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD GO KIT	QL= 10 pods/mes
OMNIPOD KIT DE INICIO	QL= 1 kit/año
OPZELURA CREMA	QL= 12 tubos/año
ORILISSA COMPRIMIDOS 150 MG	QL= 1 comprimido/día
ORILISSA COMPRIMIDOS 200 MG	QL= 2 comprimidos/día
ORKAMBI PAQUETE DE GRÁNULOS	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
ORKAMBI COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
oseltamivir cápsulas	QL= 10 cápsulas/reposición
oseltamivir cápsulas 30 mg	QL= 20 cápsulas/reposición

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
oseltamivir suspensión	QL= 250 ml/reposición
OZEMPIC INYECTABLE	QL= 1 paquete/28 días
pazopanib comprimidos	QL= 4 comprimidos/día
peg 3350 solución (equiv. 100 gramos	\$0 de copago para miembros de entre 45 y 75 años; los demás miembros están
de Moviprep)	cubiertos con un copago de medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año
as mempropy	calendario
peg 3350/electrolitos solución	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de un medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario
PEMAZYRE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
PHEXXI GEL	QL= 1 caja/reposición
PICATO GEL	QL= 1 caja/reposición
pirfenidona cápsulas	QL= 9 cápsulas/día
pirfenidona comprimidos 267 mg	QL= 9 comprimidos/día
pirfenidona comprimidos 801 mg	QL= 3 comprimidos/día
POTIGA COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día
POTIGA COMPRIMIDOS 50 MG	QL= 9 comprimidos/día
pregabalina cápsulas	QL= 3 cápsulas/día
pregabalina cápsulas 225 mg	QL= 2 cápsulas/día
pregabalina cápsulas 300 mg	QL= 2 cápsulas/día
pregabalina solución	QL= 30ml/día
PRETOMANID COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
PREVYMIS PAK	QL= 4 paquetes/día; límite 800 paquetes/365 días
PREVYMIS COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; límite 200 comprimidos/365 días
prucaloprida succinato comprimidos	QL= 1 comprimido/día
pirimetamina comprimidos PYRUKYND COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
PYRUKYND TAPER PAQUETE	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
QINLOCK COMPRIMIDOS RADICAVA ORS KIT DE INICIO	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 QL= 70 ml/365 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
RADICAVA ORS SUSPENSIÓN	QL= 70 ml/363 dias, dilicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523 QL= 50 mL/28 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
ramelteón comprimidos	QL= 1 comprimido/día
REGRANEX GEL	QL= 30 gm/reposición
REPATHA INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días; la terapia escalonada requiere una prueba de atorvastatina,
NEI ATTA INTEGRADEE	fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REPATHA PUSHTRONEX	QL= 1 iny./28 días; la terapia escalonada requiere prueba de atorvastatina,
	fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina o simvastatina
REVLIMID CAPSULAS	QL= 1 cápsula/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416; restringido a especialistas en Oncología o Hematología
REXULTI COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
REZLIDHIA CÁPSULAS	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
REZUROCK COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
RINVOQ ER COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
RINVOQ SOLUCIÓN ORAL	QL= 12 ml/día

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
rizatriptán ODT	QL= 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días
rizatriptán comprimidos	QL = 12 comprimidos/reposición, 3 reposiciones/60 días
ROZLYTREK CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día
RUBRACA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Optum 877-445-6874
RYBELSUS COMPRIMIDOS	QL=1 comprimido/día
RYDAPT CÁPSULAS	QL= 56 cápsulas/28 días
sacubitril-valsartán comprimidos	QL= 2 comprimidos/día
SANCUSO PARCHES	QL= 4 parches/reposición
SANTYL POMADA	QL= 90 gm/30 días
SAVELLA COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
SCEMBLIX COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-
	662-6633 o Biologics 800-850-4306
SCEMBLIX COMPRIMIDOS 100 MG	QL= 4 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-662-6633 o Biologics 800-850-4306
SIMLANDI INYECTABLE (adalimumab-ryvk	x)QL= 2 iny./28 días
SIMLANDI KIT (adalimumab-ryvk)	QL= 2 iny./28 días
SIRTURO COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día; restringido para especialistas en Enfermedades infecciosas
SIVEXTRO COMPRIMIDOS	QL= 6 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en Enfermedades
SKYCLARYS CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
SKYRIZI INYECTABLE 150 MG/ML	QL= 1 iny./84 días
SKYRIZI INYECTABLE 180 MG/1.2 ML	QL= 1 iny./56 días
SKYRIZI INYECTABLE 360 MG/2.4 ML	QL= 1 iny./56 días
OXIBATO DE SODIO SOLUCIÓN	QL= 540 ml/30 días; únicamente disponible a través de Xyrem Certified Pharmacy 1-
sodio/magnesio/potasio solución	\$0 de copago para miembros de 45 a 75 años; los demás miembros cubiertos con el copago de un medicamento genérico; limitado a 2 reposiciones/año calendario
866-997-368	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
SOLIQUA INYECTABLE	QL= 15 ml/25 días
SOLU-CORTEF INYECTABLE	QL= 1 vial/reposición
SOLU-CORTEF INYECTABLE 100 MG	QL= 2 viales/reposición
SPIKEVAX INYECTABLE	QL= 1 dosis/24 días
SPIKEVAX INYECTABLE 50 MCG/0.5 ML	QL= 1 dosis/24 días
SPINOSAD SUSPENSIÓN	QL= 1 frasco/reposición
SPIRIVA RESPIMAT	QL= 1 inhalador/30 días; la terapia escalonada requiere una prueba de ADVAIR
INHALADOR	(FLUTICASONA/SALMETEROL), BREO (FLUTICASONA/VILANTEROL), DULERA
1.25 MCG/ACTUACIÓN	(MOMETASONA/FORMOTEROL) o SYMBICORT (BUDESONIDA/FORMOTEROL)
STIVARGA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día
STRIVERDI RESPIMAT INHALADOR	QL= 1 inhalador/30 días
SUFLAVE SOLUCIÓN	QL= 2 reposiciones/año calendario
sumatriptán inyectable	QL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días
	LQL= 4 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días
sumatriptán spray nasal	QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
sumatriptán comprimidos	QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
sumatriptán vial inyectable	QL= 5 iny./reposición, 2 reposiciones/30 días
sunitinib malato cápsulas SUNOSI COMPRIMIDOS	QL= 1 cápsula/día QL= 1 comprimido/día
SYMDEKO COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimido/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
SYNJARDY COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día unicamente disponible a traves de vvalgreens 666-547-5416
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS	QL = 1 comprimido/día
10-1000 MG, 25-1000 MG	QL = 1 comprimitio/dia
SYNJARDY XR COMPRIMIDOS 5-	QL = 2
1000 MG, 12.5-1000 MG	QL - Z
TABRECTA COMPRIMIDOS	QL= 4 comprimidos/día
tadalafil comprimidos	QL= 1 comprimido/día; la terapia escalonada requiere prueba de doxazosina
tadalalii oompriimaes	comprimidos, prazosina cápsulas, terazosina cápsulas, dutasterida cápsulas,
	finasterida 5 mg comprimidos, alfuzosina comprimidos, silodosina cápsulas o
TAFINLAR CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día
tafluprost solución oftálmica sin conservantes	QL= 1 vial/día
TALTZ INYECTABLE	QL= 1 iny./28 días
TALTZ INYECTABLE 20 MG/0.25 ML	QL= 1 iny./28 días
TALTZ INYECTABLE 40 MG/0.5 ML	QL= 1 iny./28 días
tavaborol	QL= 10 ml/30 días; la terapia escalonada requiere prueba de solución para
	uñas de ciclopirox v terbinafina comprimidos
TAVNEOS CAPSULAS	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de PantheRx 855-726-8479
TEMPO SMART BUTTON	QL= 1 botón/8 meses
TESTOSTERONA ENANTATO	QL = 5 ml/reposición
INYECTABLE 200 MG/ML	
TESTOSTERONA GEL 1% 25 MG	QL= 1 paquete/día
testosterona gel 1% 50 mg	QL= 2 paquetes/día
testosterona gel 1% bomba	QL= 4 frascos/30 días
testosterona gel 1.62% 1.25 gm	QL= 1 paquete/día
testosterona gel 1.62% 2.5 gm	QL= 2 paquetes/día
TESTOSTERONA GEL 20.25 MG/1.25 MG	
TESTOSTERONA GEL CON BOMBA 1 %	QL= 4 frascos/30 días
testosterona gel con bomba 1.62%	QL= 2 frascos/30 días
testosterona solución	QL= 2 frascos/30 días
TEZSPIRE INYECTABLE	QL= 1 pluma/28 días
TIBSOVO TAB	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Onco360 877-
	662-6633 o Biologics 800-850-4306
tolvaptán comprimidos paquete de terapia TRADJENTA COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
travoprost solución oftálmica	QL= 1 comprimido/día QL= 2.5 ml/30 días
·	QL= 2 frascos/reposición
triamcinolona OTC spray nasal	QL = 1 comprimido/día
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS	at - 1 comprimitation

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Medicamentos con límite de cantidad (QL)

Nombre del medicamento	Límite de cantidad
TRIJARDY XR COMPRIMIDOS 5-	QL = 2
25-1000 MG, 12.5-2.5-1000 MG	
TRIKAFTA PAQUETE DE TERAPIA	QL= 2 paquetes/día; únicamente disponible a través de Walgreens 888-347-3416
TRINTELLIX COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
TRULANCE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
TRULICITY INYECTABLE	QL= 4 plumas/28 días
TRUQAP COMPRIMIDOS	QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
TRUQAP PAQUETE DE	QL= 64 comprimidos/28 días; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
TURALIO CAPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
TYENNE INYECTABLE	QL= 2 iny./28 días
TYVASO SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 0.6 MG/ML	QL= 1 ampolla/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
UPTRAVI COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VALCHLOR GEL	QL= 4 pomos/30 días; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VALTOCO SPRAY NASAL	QL= 5 dosis/reposición
vancomicina cápsulas	QL= 56 cápsulas/reposición
VANFLYTA	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-
	850-4306 u Onco360 877-662-6633
VANFLYTA COMPRIMIDOS 26.5 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
VARENICLINA COMPRIMIDOS	Limitado a 180 días/año del plan
vareniclina tartrato comprimidos	Limitado a 180 días/año del plan
vareniclina tartrato comprimidos paquete de inicio	Limitado a 180 días/año del plan
VARUBI COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/reposición; restringido para especialistas en Oncología o
	Hematología
VASCEPA CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día
VELTASSA POLVO	QL= 1 paquete/día
VELTASSA POLVO 1 GM	QL= 4 paquetes/día
VENTOLIN HFA INHALADOR	QL= 2 inhaladores/30 días
VEOZAH COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día
VERZENIO COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
V-GO KIT INYECTABLE	QL= 1 kit/día
VICTOZA INYECTABLE	QL= 9ml/30 días
VIJOICE PAQUETE DE GRÁNULOS	QL= 1 paquete/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
VIJOICE COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
VIJOICE COMPRIMIDOS 250 MG	QL= 2 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
VITRAKVI CÁPSULAS 100 MG	QL= 2 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VITRAKVI CÁPSULAS 25 MG	QL= 6 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VITRAKVI SOLUCIÓN	QL= 10 ml/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803-2523
VÓNJO	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850- 4306 u Onco360 877-662-6633
VOWST CÁPSULAS	QL= 12 cápsulas/reposición; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

• Los siguientes medicamentos están cubiertos en la lista de medicamentos con un límite de cantidad.

Nombre del medicamento	Medicamentos con límite de cantidad (QL) Límite de cantidad
VOXZOGO INYECTABLE	QL= 1 vial/día; únicamente disponible a través de Accredo 888-773-7376
VYNDAQEL CÁPSULAS	QL= 4 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Accredo 800-803- 2523 o Walgreens 888-347-3416
WELIREG	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306 u Onco360 877-662-6633
XALKORI CÁPSULAS	QL = 2 cápsulas/día
XIFAXAN COMPRIMIDOS 200 MG	QL= 9 comprimidos/3 días
XIFAXAN COMPRIMIDOS 550 MG	QL = 60 comprimidos/30 días
XIGDUO XR COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 10-1000 MG	QL= 1 comprimido/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 2.5- 1000 mg, 5-1000 mg	QL= 2 comprimidos/día
XIGDUO XR COMPRIMIDOS 5-500 mg, 10-500 mg, 10-1000 mg	QL = 1 comprimido/día
XOFLUZĂ COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/reposición
XOSPATA COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día; únicamente disponible a través de Biologics 800-850-4306
XPHOZAH COMPRIMIDOS	QL= 2 comprimidos/día
XTAMPZA ER CÁPSULAS	QL= 120 cápsulas/30 días; la terapia escalonada requiere pasar por un opioide IR si no ha utilizado opioides antes (dependencia de opioides ER)
XULTOPHY INYECTABLE	QL= 15 ml/30 días
zaleplón cápsulas	QL= 1 cápsula/día
ZAVZPRET SPRAY NASAL	QL= 6 unidades/reposición; 60 unidades/365 días
ZEJULA CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
ZEJULA COMPRIMIDOS	QL= 1 comprimido/día; únicamente disponible a través de Diplomat Pharmacy 877-977-9118
ZETONNA SPRAY NASAL	QL= 2 frascos/reposición; la terapia escalonada requiere la prueba de 2: flunisolida, fluticasona, triamcinolona o mometasona
ZIOPTAN SOLUCIÓN OFTÁLMICA	QL= 1 vial/día
zolmitriptán spray nasal	QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolmitriptán ODT	QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZOLMITRIPTAN SPRAY	QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZOLMITRIPTAN SPRAY, ZOMIG SPRAY	QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolmitriptán comprimidos	QL= 9 comprimidos/reposición, 2 reposiciones/30 días
zolpidem ER comprimidos	QL= 1 comprimido/día
zolpidem comprimidos	QL= 1 comprimido/día
ZOMIG SPRAY	QL= 6 sprays/reposición, 2 reposiciones/30 días
ZORYVE CREMA	QL= 60 gramos/30 días
ZTALMY SUSPENSIÓN	QL= 1100 ml/30 días; únicamente disponible a través de Orsini 800-410-8575
ZYBAN COMPRIMIDOS	Limitado a 180 días/año del plan
ZYKADIA CÁPSULAS	QL= 3 cápsulas/día
ZYKADIA COMPRIMIDOS	QL= 3 comprimidos/día

La cobertura de medicamentos, incluidos aquellos que no están identificados de otra manera por calificadores como QL, puede estar sujeta a evaluaciones de seguridad y otras revisiones clínicas en el curso del procesamiento de transacciones de reclamaciones.** Es posible que los productos enumerados no incluyan a todos y estén sujetos a modificación.

Página 276 de 276