

LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS RXCORESM

La lista farmacológica (“formulary” en inglés) es la lista de medicamentos cubiertos por su plan. Esta versión impresa contiene sólo los medicamentos recetados más comúnmente, además de sus dosis y formulaciones más comunes.

Su beneficio de medicamentos tiene cuatro niveles de cobertura. Los niveles definen el importe cuyo pago es responsabilidad de usted. Los importes del copago y el coaseguro se muestran en su Resumen de Pagos de Miembros (MPS) y su tarjeta de identificación.

Tenga en cuenta que se han indicado medicamentos de patente en esta lista con fines de referencia e identificación. Sin embargo, cuando un medicamento genérico esté disponible, el medicamento de patente no se cubre en la lista farmacológica RxCore.

Ésta no es una lista completa de todos los medicamentos y puede modificarse debido a nuevos medicamentos, terapias y otros factores. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de medicamentos recetados, por favor llame a Servicios para Miembros al 801-442-5038 (área de Salt Lake) o al 800-538-5038 de lunes a viernes, de 7 de la mañana a 8 de la noche; y sábados, de 9 de la mañana a 2 de la tarde.

Para ver la información más actualizada sobre la cobertura de medicamentos y los beneficios de farmacia, ingrese a Mi Salud (My Health) en selecthealth.org. Una vez conectado, haga clic en “Herramientas de Farmacia”, y ahí, en “Mis Herramientas de Farmacia”, para ver:

- Precios de los medicamentos y posibles alternativas de menor costo a los medicamentos que usted ya toma
- La búsqueda se puede hacer por nombre y dosis del medicamento
- Listado por nivel de medicamentos recetados, incluidos inyectables
- Copagos y beneficios de sus medicamentos recetados
- Medicamentos de mantenimiento (90 días)
- Explicación de Beneficios (EOB) sobre sus reclamaciones de medicamentos
- Requisitos de autorización previa y terapia escalonada
- Farmacias participantes, con inclusión de Retail90SM

LEGEND

(PA) Autorización Previa

La cobertura de ciertos medicamentos se fundamenta en la necesidad médica. Para estos medicamentos, usted necesitará autorización previa de SelectHealth; de lo contrario, usted se responsabilizará de pagar el precio total de menudeo del medicamento.

(GS) GenericSampleSM

Este programa elimina el copago/coaseguro al surtir por primera vez su receta de medicamentos genéricos para un periodo de 30 días.

(M) Medicamento de Mantenimiento

Estos medicamentos cumplen los requisitos para el beneficio de medicamentos de mantenimiento durante 90 días.

(ST) Terapia Escalonada

Los medicamentos que requieren terapia escalonada son cubiertos por SelectHealth sólo después de que usted haya probado la terapia alternativa sin éxito (el tratamiento fracasó). La terapia escalonada generalmente sólo aplica en el caso de medicamentos de patente.

(QL) Límites de Cantidad

Los límites de cantidad aplican en el caso de ciertos medicamentos (número máximo de comprimidos/

cápsulas, etc., por receta). Se requiere autorización previa si el medicamento excede los límites del plan.

(AGE) Límite de Edad

Un requisito de la edad límite mínimo o máximo se debe cumplir para la cobertura.

Los medicamentos con “*” se consideran medicamentos preventivos y podrían ser cubiertos con un beneficio diferente al de otros. Las recetas varían en concentración y formulación, y la receta específica de usted podrá estar cubierta bajo un nivel diferente al que se indica en esta lista. Si su plan incluye la opción basada en valor, los medicamentos de Nivel 2 en estas categorías están cubiertos al Nivel 1 de beneficio. Para mayor información, consulte su Resumen de Pagos de Miembros (MPS) y su tarjeta de identificación.



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>ALERGIA PREPARADOS NASALES</i>					
	fluticasone	1	Flonase		(M)(GS)
	flunisolide	1	Nasarel		(M)
<i>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS</i>					
	cefaclor	1	Ceclor		
			Cedax	3	
	cefuroxime	1	Ceftin		
	cefprozil	1	Cefzil		
	cefadroxil	1	Duricef		
	cefdinir	1	Omnicef		
			Suprax	3	
<i>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</i>					
	E.E.S.	1			
	clarithromycin	1	Biaxin		
	clarithromycin ER	1	Biaxin XL		
	erythromycin		Ery-Tab	2	
	azithromycin	1	Zithromax		(QL)
<i>ANTIBIÓTICOS VARIOS ANTIBIÓTICOS</i>					
			Alinia	3	(QL)
	smz-tmp	1	Bactrim		
			Causton	4	(PA)(QL)
	clindamycin	1	Cleocin		
	metronidazole	1	Flagyl		
	nitrofurantoin	1	Macrobid		
			Tobi	4	(PA)(QL)
			Xifaxan 200 mg	3	(PA)(QL)
			Xifaxan 550 mg	2	(PA)(QL)
			Zyvox	4	
<i>ANTIBIÓTICOS PENICILINAS</i>					
	amoxicillin	1	Amoxil/Trimox	1	(GS)
	amoxicillin/clavulanate	1	Augmentin		
	amoxicillin/clavulanate SR	1	Augmentin XR		
	penicillin	1	Pen VK		
	ampicillin	1	Polycillin		
<i>ANTIBIÓTICOS QUINOLONAS</i>					
			Avelox	3	
	ciprofloxacin	1	Cipro		
	ciprofloxacin ER	1	Cipro XR		
	levofloxacin	1	Levaquin		
<i>ANTIBIÓTICOS TETRACICLINAS</i>					
	minocycline	1	Dynacin/Minocin		
	tetracycline	1	Sumycin		
	doxycycline	1	Vibramycin		(GS)
<i>ANTIFÚNGICOS</i>					
	fluconazole	1	Diflucan		
	fluconazole 150mg	1	Diflucan 150 mg		(QL)
	clotrimazole	1	Mycelex		
	clotrimazole	1	Mycelex		



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
ANTIFÚNGICOS					
	nystatin	1	Mycostatin		
	ketoconazole	1	Nizoral		
	itraconazole	1	Sporanox		(QL)
			Vfend	4	(QL)
ANTIVÍRICOS					
	famciclovir	1	Famvir		
	valacyclovir	1	Valtrex		(QL)
	acyclovir	1	Zovirax		
ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO					
	zolpidem	1	Ambien		(QL)
	zolpidem CR	1	Ambien CR		(QL)
	lorazepam	1	Ativan		
	buspirone	1	Buspar		
	temazepam	1	Restoril		
	zaleplon	1	Sonata		(QL)
	diazepam	1	Valium		
	alprazolam	1	Xanax		
	alprazolam ER	1	Xanax XR		(QL)
ASMA*					
	Zafirlukast	1	Accolate		(QL)
			Advair	2	(M)
			Asmanex	2	(QL)(M)
			Atrovent HFA	2	(M)
			Flovent HFA	2	(M)
	cromolyn	1	Intal		(M)
			Serevent	2	(M)
			Singulair 10 mg	3	(ST)(QL)(M)
			Singulair 4 mg & 5 mg	3	(QL)(M)
			Symbicort	2	(QL)(M)
	theophylline	1	Theo-24		(M)
			Ventolin HFA	2	(QL)(M)
CARDIOVASCULAR INHIBIDORES DE LA ECA*					
	quinapril	1	Accupril		(M)(GS)
	ramipril	1	Altace		(M)
	captopril	1	Capoten		(M)
	trandolapril	1	Mavik		(M)
	fosinopril	1	Monopril		(M)
	lisinopril	1	Prinivil/Zestril		(M)(GS)
	enalapril	1	Vasotec		(M)(GS)
CARDIOVASCULAR BLOQUEADORES DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II*					
			Atacand	3	(ST)(QL)(M)
			Avapro	3	(ST)(QL)(M)
			Benicar	3	(ST)(QL)(M)
	losartan	1	Cozaar		(QL)(M)
			Diovan	2	(QL)(M)
			Micardis	3	(ST)(QL)(M)
			Teveten	3	(ST)(QL)(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
			Tribenzor	3	(ST)(QL)(M)
<i>CARDIOVASCULAR ANTIADRENÉRGICOS*</i>					
	methyldopa	1	Aldomet		(M)
	clonidine	1	Catapres		(M)
<i>CARDIOVASCULAR BETABLOQUEADORES*</i>					
	sotalol/AF	1	Betapace / AF		(M)
			Bystolic	3	(QL)
	carvedilol	1	Coreg		(M)(GS)
	propranolol ER	1	Inderal LA		(M)
			Innopran XL	3	(M)
	metoprolol tartrate	1	Lopressor		(M)
	atenolol	1	Tenormin		(M)
	metoprolol succinate	1	Toprol XL		(M)
	labetalol	1	Trandate		(M)
	bisoprolol	1	Zebeta		(M)
<i>CARDIOVASCULAR MODIFICADORES DE LA SANGRE*</i>					
			Aggrenox	2	(M)
			Arixtra	4	
	warfarin	1	Coumadin	2	(M)
			Effient	2	(QL)(M)
			Innohep	4	(QL)
	enoxaparin	1	Lovenox		
			Plavix	2	(QL)(M)
			Vitamin K	4	(QL)
			Xarelto	3	(QL)
<i>CARDIOVASCULAR BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO*</i>					
	nifedipine	1	Adalat / Procardia		(M)
	verapamil	1	Calan		(M)
	nicardipine	1	Cardene		(M)
	diltiazem	1	Cardizem CD/LA		(M)
	amlodipine	1	Norvasc		(M)(GS)
	nifedipine ER	1	Procardia XL		(M)
	diltiazem	1	Tiazac		(M)
	verapamil	1	Verelan		(M)
<i>CARDIOVASCULAR GLUCÓSIDOS CARDÍACOS*</i>					
	digoxin	1	Lanoxin	2	(M)
<i>CARDIOVASCULAR COMBINACIONES/OTROS*</i>					
	quinapril HCTZ	1	Accuretic		(M)
			Amturnide	2	(ST)(QL)(M)
			Atacand HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Avalide	3	(ST)(QL)(M)
			Azor	3	(ST)(QL)(M)
			Benicar HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Diovan HCT	2	(QL)(M)
			Exforge	2	(QL)(M)
	losartan/HCTZ	1	Hyzaar		(QL)(M)
	benazepril/HCTZ	1	Lotensin HCT		(M)(GS)
	amlodipine/benazepril	1	Lotrel		(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES/OTROS*					
			Micardis HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Multaq	2	(M)
	lisinopril HCTZ	1	Prinzide		(M)(GS)
			Ranexa	3	(ST)(QL)(M)
	propafenone	1	Rythmol		(M)
	trandolapril/verapamil	1	Tarka		(M)
			Teveten HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Valturna	2	(ST)(M)
	enalapril/HCTZ	1	Vaseretic		(M)
	bisoprolol HCTZ	1	Ziac		(M)
CARDIOVASCULAR DIURÉTICOS (TABLETAS DE AGUA)*					
	spironolactone	1	Aldactone		(M)
	eplerenone	1	Inspra		(ST)(M)
	furosemide	1	Lasix		(M)
	triamterene-HCTZ	1	Maxzide, Dyazide		(M)
	hydrochlorothiazide (HCTZ)	1	Microzide		(M)(GS)
CARDIOVASCULAR NITRATO*					
	isosorbide mononitrate	1	Imdur		(M)
	isosorbide dinitrate	1	Isordil		(M)
	nitroglycerin	1	Nitro-Dur	2	(M)
	nitroglycerin	1	Nitrostat	3	(M)
COLESTEROL*					
			Crestor 10/20/40 mg	2	(QL)(M)
			Crestor 5 mg	2	(ST)(QL)(M)
	Fenofibrate	1	Lofibra		(M)
			Lovaza	2	(M)
			Niaspan	2	(M)
	pravastatin	1	Pravachol		(QL)(M)(GS)
	cholestyramine	1	Questran		(M)
	fenofibrate	1	Tricor		(M)
			Triglide	3	(M)
			Welchol	2	(M)
			Zetia	2	(M)
	simvastatin	1	Zocor		(QL)(M)(GS)
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)*					
	ipratropium	1	Atrovent		(M)
			Combivent	3	(M)
			Daliresp	2	(PA)(QL)(M)
			Spiriva	2	(QL)(M)
ANTICONCEPCIÓN (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)*					
	Cesia & Velivet	1	Cyclessa		(M)
	Zovia	1	Demulen		(M)
			Depo-Provera	4	(QL)(M)
	apri / solia	1	Desogen		(M)
	Kariva	1	Mircette		(M)
	levora	1	Nordette		(M)

CARDIOVASCULAR COMBINACIONES/OTROS TO ANTICONCEPCIÓN (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>ANTICONCEPCIÓN (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)*</i>					
			Nuvaring	2	(QL)(M)
			Ortho Evra	3	(QL)(M)
	Tri-Previfem	1	Ortho Tri-Cyclen Lo		(M)
	Apri /Solia	1	Ortho-Cept		(M)
	Previfem	1	Ortho-Cyclen		(M)
	Notrel	1	Ortho-Novum		(M)
	Jolessa	1	Seasonale		(M)
	Quasense	1	Seasonique		(M)
	Ocella	1	Yasmin		(M)
	Gianvi	1	YAZ		(M)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ACNÉ</i>					
	isotretinoin / claravis / amnesteem / sotret	1	Accutane		
			Aczone	3	
			Azelex	3	
	Erythromycin/benzoyl peroxide	1	Benzamycin		
			Differin	3	(AGE)
			Duac/CS	3	
	erythromycin gel	1	Emgel		
			Epiduo	2	(QL)(AGE)
	metronidazole	1	Metrocream		
			Metrogel	2	
	metronidazole	1	Metro lotion		
	tretinoin	1	Retin-A		(AGE)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ANTIFÚNGICOS</i>					
	clotrimazole	1	Clotrim		
	clotrimazole-betameth	1	Lotrisone		
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ANTIPSORIÁSICOS</i>					
			Dovonex	2	
			Soriatane	2	
			Tazorac	3	(AGE)
			Vectical	3	
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) VARIOS DERMATOLÓGICOS</i>					
	imiquimod	1	Aldara		
			Altabax	3	
	mupirocin	1	Bactroban	2	
			Carac	3	
	fluorouracil	1	Efudex		
			Elidel	2	(ST)(QL)
			Finacea	2	
			Protopic	3	(ST)(QL)
			Regranex	3	(QL)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ESTEROIDES</i>					
	prednicarbate	1	Dermatop		
	betamethasone	1	Diprolene		
	mometasone	1	Elocon		
	hydrocortison	1	Hytone		



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ESTEROIDES</i>					
	triamcinolone	1	Kenalog		
	fluocinonide	1	Lidex		
	clobetasol	1	Temovate		
<i>DIABETES DIAGNÓSTICOS*</i>					
			Freestyle Test Strips	2	(QL)(M)
			Precision Test Strips	2	(QL)(M)
<i>DIABETES INYECTABLES*</i>					
			Apidra	3	(M)
			Byetta	2	(ST)(QL)(M)(AGE)
			Glucagon	2	
			Lantus	2	(M)
			Lantus Pens	3	(M)
			Levemir	2	(M)
			Levemir Pens	3	(M)
			Novolin	2	
			Novolog	2	(M)
			Novolog Flexpen	3	(M)
			Symlin	2	(ST)(QL)(M)
			Victoza	2	(ST)(QL)(M)
<i>DIABETES ANTIDIABÉTICOS ORALES*</i>					
			ActoPlus Met/XR	2	(QL)(M)
			Actos	2	(QL)(M)
	glimepiride	1	Amaryl		(M)
			Avandamet	2	(QL)(M)
			Avandaryl	2	(QL)(M)
			Avandia	2	(QL)(M)
	glyburide	1	Diabeta / Micronase		
			Duetact	2	(QL)(M)
	metformin	1	Glucophage		(M)(GS)
	metformin ER	1	Glucophage XR		(M)(GS)
	glipizide	1	Glucotrol		(M)
	glipizide ER	1	Glucotrol XL		(M)
	glyburide/metformin	1	Glucovance		(M)
			Janumet	2	(QL)(M)
			Januvia	2	(QL)(M)
			Kombiglyze	2	(QL)(M)
	glipizide-metformin	1	Metaglip		(M)
			Onglyza	2	(QL)(M)
			Prandin	2	(M)
	acarbose	1	Precose		(M)
<i>SUSTITUCIÓN DE ENZIMA</i>					
			Aldurazyme	4	
			Cerezyme	4	(QL)
			Creon	2	(M)
			Elaprased	4	(QL)
			Fabrazyme	4	(PA)(QL)
			Kuvan	4	(QL)

DERMATOLÓGICOS (PIEL) ESTEROIDES TO SUSTITUCIÓN DE ENZIMA



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>SUSTITUCIÓN DE ENZIMA</i>					
			Myozyme	4	(QL)
			Naglazyme	4	(QL)
			Pancreaze	2	(M)
			Pulmozyme	4	(QL)
			Ultrase	3	(M)
			Zenpep	2	
<i>GASTROINTESTINAL (DIGESTIVO) VARIOS GASTROINTESTINAL</i>					
			Amitiza	2	(QL)(AGE)
			Apriso	3	(M)
			Asacol	2	(M)
			Canasa	2	(M)
			Entocort EC	3	
			Lialda	2	(QL)(M)
			Lotronex	3	(QL)
			Orfadin	4	(QL)
			Pentasa	2	(M)
	metoclopramide	1	Reglan		
			Renagel	2	(M)
			Renvela	2	(M)
			Zemplar	2	(M)
<i>GASTROINTESTINAL (DIGESTIVO) NÁUSEAS Y VÓMITO</i>					
			Anzemet	3	(QL)
			Emend	3	(QL)
	granisetron	1	Kytril		(QL)
	promethazine	1	Phenergan		
	ondansetron	1	Zofran/ODT		(QL)
<i>GASTROINTESTINAL (DIGESTIVO) TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</i>					
	hyoscyamine	1	Levsin		
	famotidine	1	Pepcid		(QL)(M)
	lansoprazole	1	Prevacid		(QL)(M)
	Lansoprazole ODT	1	Prevacid Solutab		(QL)(M)(AGE)
			Prevpac	3	(QL)(M)
	omeprazole	1	Prilosec		(QL)(M)(GS)
	pantoprazole	1	Protonix		(QL)(M)
	ranitidine hcl	1	Zantac	3	(QL)(M)
<i>HORMONA DE CRECIMIENTO</i>					
			Omnitrope	4	(PA)(QL)
			Saizen	4	(PA)(QL)
			Tev-Tropin	4	(PA)(QL)
<i>HEPATITIS</i>					
			Incivek	4	(PA)
			Infergen	4	(PA)(QL)
			Intron A	4	(QL)
			Peg Intron	4	(PA)(QL)
			Pegasys	4	(PA)(QL)
			Victrelis	4	(PA)
<i>TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL MUJER</i>					



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>HORMONE REPLACEMENT THERAPY FEMALE</i>					
			Activella	2	(M)
	norethindrone	1	Aygestin		(M)
			Cenestin	2	(M)
	estradiol	1	Climara		(M)
			Crinone	3	(AGE)
			Enjuvia	2	(M)
	estradiol	1	Estrace		(M)
			Estraderm	2	(M)
	syntest	1	Estratest		(M)
			Estrogel	2	(M)
			Evista	2	(QL)
			FemHRT	3	(M)
			Femtrace	3	(M)
			Premarin	2	(M)
			Premphase	2	(M)
			Prempro	2	(M)
			Progesterone	3	(PA)
			Prometrium	2	(QL)(M)
	medroxyprogesterone	1	Provera		(M)
			Vagifem	2	(M)
			Vivelle/Dot	2	(M)
<i>TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL HOMBRE</i>					
			Androderm	3	(ST)(M)
			Androgel	2	(M)
			Striant	3	(ST)(M)
			Testim	3	(ST)(M)
			Testosterone Injection	4	(QL)
<i>INMUNOSUPRESORES</i>					
	mycophenolate	1	Cellcept		(M)
	azathioprine	1	Imuran		(M)
			Myfortic	3	(M)
	cyclosporine	1	Neoral		(M)
	tacrolimus	1	Prograf		(M)
			Rapamune	2	(M)
	cyclosporine	1	Sandimmune		(M)
<i>SALUD MENTAL ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</i>					
			Azilect	3	(M)
			Exelon	3	(M)
			Namenda	2	(M)
<i>SALUD MENTAL ANTIDEPRESIVOS</i>					
	citalopram	1	Celexa		(QL)(M)(GS)
			Cymbalta	3	(ST)(QL)(M)
	trazodone	1	Desyrel		(M)
	venlafaxine	1	Effexor		(M)
	venlafaxine ER Caps	1	Effexor XR		(QL)(M)
	amitriptyline	1	Elavil		(M)
			Lexapro	3	(ST)(QL)(M)

HORMONE REPLACEMENT THERAPY FEMALE TO SALUD MENTAL ANTIDEPRESIVOS



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>SALUD MENTAL ANTIDEPRESIVOS</i>					
	nortriptyline	1	Pamelor		(M)
	paroxetine	1	Paxil		(QL)(M)(GS)
			Pristiq	3	(ST)(QL)(M)
	fluoxetine	1	Prozac/Rapiflux		(QL)(M)(GS)
	mirtazapine	1	Remeron		(QL)(M)
			Savella	3	(QL)(M)
			Viibryd	3	(ST)(QL)(M)
	bupropion/SR/XL	1	Wellbutrin/SR/XL		(QL)(M)(GS)
	sertraline	1	Zoloft		(QL)(M)(GS)
<i>SALUD MENTAL ANTIPSICÓTICOS</i>					
			Abilify	2	(QL)(M)
	clozapine	1	Clozaril		(QL)(M)
			Fanapt	3	(ST)(QL)
			Geodon	2	(QL)(M)
			Invega	3	(ST)(QL)(M)
			Latuda	3	(ST)(QL)(M)
	Risperidone	1	Risperdal		(QL)(M)
			Saphris	3	(ST)(QL)(M)
			Seroquel/XR	2	(QL)(M)
			Symbyax	3	(M)
			Zyprexa	2	(QL)(M)
<i>SALUD MENTAL ESTIMULANTE</i>					
	amphetamine salts	1	Adderall		
	amphetamine salts ER	1	Adderall XR		(QL)
	methylphenidate ER	1	Concerta		(QL)
	dextroam/SR	1	Dexedrine/CR		(QL)
			Focalin XR	2	(ST)(QL)
			Intuniv	3	(QL)(M)
			Kapvay	3	(QL)
	methylin ER	1	Metadate ER		(QL)
	methylphenidate	1	Ritalin		
	methylphenidate SR	1	Ritalin SR		(QL)
			Strattera	3	(QL)
			Vyvanse	3	(ST)(QL)
<i>MIGRAÑA</i>					
	naratriptan	1	Amerge		(QL)
			DDHE 45	4	(QL)
	butalbital apap caffeine	1	Esgic		
	butalbital asa caffeine	1	Fiorinal		
	sumatriptan	1	Imitrex		(QL)
	apap w/ butalbital	1	Phrenilin		
<i>ESCLEROSIS MÚLTIPLE</i>					
			Avonex	4	(QL)
			Betaseron	4	(PA)(QL)
			Copaxone	4	(QL)
			Extavia	4	(PA)(QL)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
			Gilenya	4	(PA)(QL)
			Rebif	4	(QL)
RELAJANTES MUSCULARES					
	baclofen	1			
	carisoprodol cmp/ codeine	1			
	cyclobenzaprine ER	1	Amrix		(ST)(QL)
	cyclobenzaprine	1	Flexeril		
	methocarbamol	1	Robaxin		
	metaxalone	1	Skelaxin		
	carisoprodol / CMP	1	Soma / CMP		(QL)
	tizanidine	1	Zanaflex		
ONCOLÓGICOS/HEMATOLOGÍA					
			Afinitor	4	(PA)(QL)
	anastrozole	1	Arimidex		(QL)(M)
			Caprelsa	4	(PA)(QL)
			Casodex	4	(QL)
			Chromagen	4	(QL)
			Emcyt	4	(QL)
	Letrozole	1	Femara		(QL)
			Gleevec	4	(QL)
			Hycamtin	4	(QL)
			Iressa	4	(PA)(QL)
			Leucovor	4	(QL)
			Lupron	4	(QL)
			Lupron Depot	4	(QL)
			Nexavar	4	(PA)(QL)
	tamoxifen	1	Nolvadex		(QL)(M)
			Oforta	4	(PA)(QL)
			Promacta	4	(PA)(QL)
			Revlimid	4	(PA)(QL)
			Sprycel	4	(PA)(QL)
			Sutent	4	(PA)(QL)
			Tabloid	4	(QL)
			Tarceva	4	(PA)(QL)
			Targretin	4	(QL)
			Tasigna	4	(PA)(QL)
			Temodar	4	(QL)
			Thalomid	4	(QL)
			Tykerb	4	(PA)(QL)
			Votrient	4	(PA)(QL)
			Xeloda	4	(QL)
			Zoladex	4	(QL)
			Zolinza	4	(PA)(QL)
			Zytiga	4	(PA)(QL)
OFTÁLMICOS (OJOS) ANTIINFECCIOSOS					
	ciprofloxacin	1	Cipro		
	gentamicin	1	Gentasol		
	ofloxacin	1	Ocuflox		



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) ANTIINFECCIOSOS</i>					
	tobramycin	1	Tobrex		
			Vigamox	3	
			Zymar	3	
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) VARIOS OFTÁLMICOS</i>					
	brimonidine	1	Alphagan	3	
	dorzolamide-timolol	1	Cosopt		(M)
	cromolyn	1	Crolom		
	epinastine	1	Elestat		
	azelastine	1	Optivar		
			Pataday	3	(M)
	timolol	1	Timoptic		(M)
	dorzolamide	1	Trusopt		(M)
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) PROSTAGLANDINAS</i>					
			Combigan	2	(QL)(M)
			Lumigan	2	(M)
	latanoprost	1	Xalatan		(M)
<i>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS*</i>					
			Actonel	3	(ST)(QL)(M)
			Atelvia	2	(ST)(QL)(M)
			Boniva	3	(ST)(QL)(M)
			Evista	2	(QL)(M)
	alendronate	1	Fosamax		(QL)(M)(GS)
<i>PREPARADOS ÓTICOS (OÍDO)</i>					
			Cipro HC	3	
			Ciprodex	3	
	ofloxacin	1	Floxin		
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</i>					
	fentanyl	1	Actiq		(PA)(QL)
			Avinza	3	(ST)(QL)
	propoxyphene-apap	1	Darvocet		(QL)
	propoxyphene	1	Darvon		(QL)
	fentanyl	1	Duragesic		(QL)
			Fentora	3	(PA)(QL)
	butalbital caff apap cod	1	Fioricet w/ cod		(QL)
	hydrocodone-apap	1	Lortab		(QL)
	morphine sulfate	1	MS Contin		
			Oxycontin CR	3	(ST)(QL)
	oxycodone-apap	1	Percocet		(QL)
	oxycodone-aspirin	1	Percodan		(QL)
	butorphanol	1	Stadol		(QL)
	tramadol ER	1	Ultram ER		(QL)
	tramadol-apap	1	Ultram/Ultracet		(QL)
	hydrocodone-apap	1	Vicodin		(QL)
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</i>					
	oxaprozin	1	Daypro		(M)
	piroxican	1	Feldene		(M)
	indomethacin	1	Indocin		(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</i>					
	meloxicam	1	Mobic		(M)
	ibuprofen	1	Motrin		(M)(GS)
	naproxen	1	Naprosyn		(M)(GS)
			Prevacid Naprapac	3	(M)
	nabumetone	1	Relafen		(M)
	ketorolac	1	Toradol		(QL)
	diclofenac	1	Voltaren		(M)(GS)
<i>VITAMINAS PRENATALES*</i>					
	Prenatal Vitamins- Generic	1	Prenatal Vitamins- Brand		(M)
<i>PRÓSTATA</i>					
			Avodart	3	(M)
	doxazosin	1	Cardura		(M)(GS)
	tamulosin	1	Flomax		(M)
	terazosin	1	Hytrin		(M)
	gemfibrozil	1	Lopid		(M)
	lovastatin	1	Mevacor		(M)(GS)
	prazosin	1	Minipress		(M)
	finasteride	1	Proscar		(M)
			Uroxatral	3	(M)
<i>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION</i>					
			Adcirca	4	(PA)(QL)
			Letairis	4	(PA)(QL)
			Remodulin	4	(PA)(QL)
			Revatio	4	(PA)(QL)
			Tracleer	4	(PA)
			Tyvaso	4	(PA)(QL)
			Ventavis	4	(PA)(QL)
<i>RHEUMATOID ARTHRITIS</i>					
			Cimzia	4	(PA)(QL)
			Enbrel	4	(QL)
			Humira	4	(QL)
			Kineret	4	(QL)
			Simponi	4	(PA)(QL)
			Stelara	4	(QL)
<i>TRASTORNOS CONVULSIVOS</i>					
			Banzel	3	(M)
			Carbatrol	3	(M)
	divalproex	1	Depakote	3	(M)
	phenytoin	1	Dilantin	3	(M)
			Gabitril	3	(QL)(M)
	levetiracetam	1	Keppra	3	(QL)(M)
			Keppra XR	3	(QL)(M)
	clonazepam	1	Klonopin		(M)
			Lamictal XR	3	(QL)(M)
	lamotrigine/ODT	1	Lamictal/ODT	3	(QL)(M)
	gabapentin	1	Neurontin		(QL)(M)
			Sabril	3	(PA)(QL)

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES TO TRASTORNOS CONVULSIVOS



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
	carbamazepine	1	Tegretol		(M)
			Vimpat	3	(QL)(M)
<i>ESTEROIDES</i>					
	hydrocortisone	1	Cortef		
	methylprednisolone	1	Medrol		
	prednisolone sod phosphate	1	Orapred		
	prednisolone	1	Prelone		
	prednisone	1	Sterapred		
<i>TIROIDES</i>					
			Armour Thyroid	3	(M)
			Cytomel	2	(M)
			Levothyroid	2	(M)
			Levoxyl	2	(M)
			Synthroid	1	(QL)(M)
			Unithroid	2	(M)
<i>INCONTINENCIA URINARIA</i>					
	hyoscyamine	1	Cytospaz		(M)
	desmopressin	1	DDAVP	4	(QL)
	oxybutynin	1	Ditropan		(M)
	oxybutynin ER	1	Ditropan XL		(M)
	desmopressin	1	Minirin		(PA)
<i>NO CLASIFICADOS</i>					
			Apokyn	4	(QL)
			Aralast	4	(QL)
			Calcijex	4	(QL)
			Campral	3	
			Colcrys	2	(QL)
			Epipen/Jr.	2	
			Forteo	4	(PA)(QL)
			Fuzeon	4	(QL)
			Hectorol	2	(M)
			Increlex	4	(PA)(QL)
			Infed	4	(QL)
			Lysteda	2	(QL)
			Prolastin	4	(QL)
	minirin	1	Stimate	4	(QL)
			Venofer	4	(QL)
			Vivaglobin	4	(PA)(QL)
			Xenazine	4	(PA)(QL)
			Zemaira	4	(QL)
			Zortress	4	(QL)

