

# LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS RXSELECT<sup>SM</sup>

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 tres 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 RxSelect.**

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](http://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 Retail90<sup>SM</sup>

## 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.

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..

### (GS) GenericSample<sup>SM</sup>

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

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.

### (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.

Los medicamentos que no están cubiertos se pueden obtener a través de un proceso de excepción. SelectHealth cubrirá estos fármacos después de haber probado medicamentos alternativos, cubierta en la misma categoría terapéutica que no han cumplido con sus necesidades médicas. Todas las excepciones aprobadas tendrá un precio en el Nivel 3 fármacos.

### (QL) Límites de Cantidad

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



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>ALERGIA PREPARADOS NASALES</i>					
	azelastine	1	Astelin	3	(M)
			Astepro	2	(M)
			Beconase AQ	3	(M)
	fluticasone	1	Flonase	3	(M)(GS)
	triamcinolone	1	Nasacort AQ	3	(M)
	flunisolide	1	Nasarel	3	(M)
			Nasonex	2	(M)
			Omnaris	3	(M)
			Rhinocort Aqua	3	(M)
			Veramyst	3	(M)
<i>ANTIBIOTICS CEFALOSPORINAS</i>					
			Cedax	3	
	cefprozil	1	Cefzil	3	
	cephalexin	1	Keflex	3	
	cefdinir	1	Omnicef	3	
			Suprax	3	
<i>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</i>					
	clarithromycin	1	Biaxin	3	
	clarithromycin ER	1	Biaxin XL	3	
	erythromycin	1	Ery-Tab	2	
	azithromycin	1	Zithromax	3	(QL)
<i>ANTIBIÓTICOS VARIOS ANTIBIÓTICOS</i>					
			Alinia	3	(QL)
	smz-tmp	1	Bactrim	3	
	nitrofurantoin	1	Macrobid	3	
			Xifaxan 200mg	3	(PA)(QL)
			Xifaxan 550mg	2	(PA)(QL)
			Zyvox	3	
<i>ANTIBIÓTICOS PENICILINAS</i>					
	amoxicillin	1	Amoxil/Trimox	1	(GS)
	amoxicillin/clavulanate	1	Augmentin	3	
	amoxicillin/clavulanate SR	1	Augmentin XR	2	
			Moxatag	3	(QL)
	penicillin	1	Pen VK	3	
	ampicillin	1	Polycillin	3	
<i>ANTIBIOTICS/QUINOLONAS</i>					
			Avelox	3	
	ciprofloxacin	1	Cipro	3	
	ciprofloxacin ER	1	Cipro XR	3	
	levofloxacin	1	Levaquin	3	
<i>ANTIBIÓTICOS TETRACICLINAS</i>					
	minocycline	1	Dynacin/Minocin	3	(ST)
			Ocudox	3	(QL)
	doxycycline	1	Vibramycin	3	(GS)
<i>ANTIFÚNGICOS</i>					
	fluconazole	1	Diflucan	3	
	fluconazole 150mg	1	Diflucan 150mg	3	(QL)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<b>ANTIFÚNGICOS</b>					
	terbinafine	1	Lamisil	3	(QL)
	clotrimazole	1	Mycelex	3	
	nystatin	1	Mycostatin	3	
	ketoconazole	1	Nizoral	3	
	itraconazole	1	Sporanox	3	(QL)
			Vfend	3	(QL)
<b>ANTIVÍRICOS</b>					
	famciclovir	1	Famvir	3	
	valacyclovir	1	Valtrex	3	(QL)
	acyclovir	1	Zovirax	3	
<b>ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>					
	zolpidem	1	Ambien	3	(ST)(QL)
	zolpidem CR	1	Ambien CR	3	(ST)(QL)
	lorazepam	1	Ativan	3	
	buspirone	1	Buspar	3	
			Edluar	3	(ST)(QL)
			Lunesta	3	(ST)(QL)
			Rozerem	2	(QL)
			Silenor	3	(ST)(QL)
	zaleplon	1	Sonata	3	(ST)(QL)
	alprazolam	1	Xanax	3	
	alprazolam ER	1	Xanax XR	3	(QL)
<b>ASMA*</b>					
	Zafirlukast	1	Accolate	3	(QL)(M)
			Advair	2	(M)
			Asmanex	2	(QL)(M)
			Atrovent HFA	3	(M)
			Azmacort	3	(M)
			Dulera	2	
			Flovent HFA	2	(M)
			Foradil	3	(M)
			Maxair	2	(M)
			Proair HFA	2	(QL)(M)
			Proventil HFA	3	(QL)(M)
			Pulmicort	2	(M)
			Qvar	2	(M)
			Serevent	2	(M)
			Singulair 10mg	2	(ST)(QL)(M)
			Singulair 4mg & 5mg	2	(QL)(M)
			Symbicort	2	(M)
	theophylline	1	Theo-24	3	(M)
			Uniphyll	2	(M)
			Ventolin HFA	2	(QL)(M)
			Xopenex	3	(QL)(M)
			Xopenex HFA	3	(M)
			Zyflo CR	3	(ST)(QL)(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>CARDIOVASCULAR INHIBIDORES DE LA ECA *</i>					
	quinapril	1	Accupril	3	(M)(GS)
	perindopril	1	Aceon	3	(M)
	ramipril	1	Altace	3	(M)
	captopril	1	Capoten	3	(M)
	trandolapril	1	Mavik	3	(M)
	lisinopril	1	Prinivil/Zestril	3	(M)(GS)
	enalapril	1	Vasotec	3	(M)(GS)
<i>CARDIOVASCULAR BLOQUEADORES DEL RECEPTOR DE ALPHA I *</i>					
	terazosin	1	Hytrin	3	(M)
<i>CARDIOVASCULAR BLOQUEADORES DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II *</i>					
			Atacand	3	(ST)(QL)(M)
			Avapro	3	(ST)(QL)(M)
			Benicar	3	(ST)(QL)(M)
	losartan	1	Cozaar	3	(QL)(M)
			Diovan	2	(QL)(M)
			Edarbi	3	(ST)
			Micardis	3	(ST)(QL)(M)
			Teveten	3	(ST)(QL)(M)
			Tribenzor	3	(ST)(QL)(M)
<i>CARDIOVASCULAR ANTIADRENÉRGICOS *</i>					
	methyldopa	1	Aldomet	3	(M)
	clonidine	1	Catapres	3	(M)
	clonidine patch	1	Catapres TTS	3	(M)
<i>CARDIOVASCULAR BETABLOQUEADORES *</i>					
	sotalol/AF	1	Betapace / AF	3	(M)
			Bystolic	3	(QL)(M)
	carvedilol	1	Coreg	3	(M)(GS)
			Coreg CR	2	(M)
	propranolol ER	1	Inderal LA	3	(M)
			Innopran XL	2	(M)
	metoprolol tartrate	1	Lopressor	3	(M)
	atenolol	1	Tenormin	3	(M)
	metoprolol succinate	1	Toprol XL	3	(M)
<i>CARDIOVASCULAR MODIFICADORES DE LA SANGRE *</i>					
			Aggrenox	2	(M)
			Brilinta	3	(QL)(M)
	warfarin	1	Coumadin	2	(M)
			Effient	2	(QL)(M)
	enoxaparin	1	Lovenox	3	
			Plavix	2	(QL)(M)
			Pradaxa	3	(PA)(QL)(M)
			Xarelto	3	(QL)
<i>CARDIOVASCULAR BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO *</i>					
	verapamil	1	Calan	3	(M)
	diltiazem	1	Cardizem CD/LA	3	(M)
	amlodipine	1	Norvasc	3	(M)(GS)
	verapamil	1	Verelan	3	(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>CARDIOVASCULAR GLUCÓSIDOS CARDÍACOS*</i>					
	digoxin	1	Lanoxin	2	(M)
<i>CARDIOVASCULAR COMBINACIONES/OTROS*</i>					
			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)
	captopril/HCTZ	1	Capozide	3	(M)
			Diovan HCT	2	(QL)(M)
			Exforge	2	(QL)(M)
			Exforge HCT	2	(QL)(M)
	losartan/HCTZ	1	Hyzaar	3	(QL)(M)
	benazepril/HCTZ	1	Lotensin HCT	3	(M)(GS)
	amlodipine/benazepril	1	Lotrel	3	(M)
			Micardis HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Multaq	2	(M)
	lisinopril HCTZ	1	Prinzide	3	(M)(GS)
			Ranexa	2	(ST)(QL)(M)
			Rythmol	3	(M)
	trandolapril/verapamil	1	Tarka	2	(M)
			Tekamlo	3	(ST)(QL)(M)
			Tekturna	3	(ST)(QL)(M)
			Teveten HCT	3	(ST)(QL)(M)
			Twynsta	3	(ST)(QL)
			Valturna	2	(ST)(M)
	enalapril/HCTZ	1	Vaseretic	3	(M)
<i>CARDIOVASCULAR DIURÉTICOS (TABLETAS DE AGUA)*</i>					
	spironolactone	1	Aldactone		(M)
	eplerenone	1	Inspra	3	(ST)(M)
	furosemide	1	Lasix	3	(M)
	triamterene-HCTZ	1	Maxzide, Dyazide	3	(M)
	hydrochlorothiazide (HCTZ)	1	Microzide	3	(M)(GS)
<i>CARDIOVASCULAR NITRATO*</i>					
	isosorbide mononitrate	1	Imdur	3	(M)
	isosorbide dinitrate	1	Isordil	3	(M)
	nitroglycerin	1	Nitro-Dur	2	(M)
	nitroglycerin	1	Nitrostat	2	(M)
<i>COLESTEROL*</i>					
			Advicor	3	(ST)(QL)(M)
			Caduet	3	(ST)(M)
			Crestor 10/20/40mg	2	(QL)(M)
			Crestor 5mg	2	(ST)(QL)(M)
			Lescol	3	(QL)(M)
			Lipitor	3	(ST)(QL)(M)
			Livalo	3	(ST)(QL)(M)
			Lovaza	2	(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>COLESTEROL *</i>					
			Niaspan	2	(QL)(M)
	pravastatin	1	Pravachol	3	(QL)(M)(GS)
	cholestyramine	1	Questran	3	(M)
			Simcor	3	(ST)(QL)(M)
	fenofibrate	1	Tricor	3	(M)
			Triglide	3	(M)
			Vytorin 10/10mg	2	(ST)(QL)(M)
			Vytorin 10/20, 1/40, 10/80mg	2	(QL)(M)
			Welchol	2	(M)
			Zetia	2	(M)
	simvastatin	1	Zocor	3	(QL)(M)(GS)
<i>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) *</i>					
	ipratropium	1	Atrovent	3	(M)
			Brovana	3	(QL)(M)
			Daliresp	2	(PA)(QL)(M)
			Spiriva	2	(QL)(M)
			Combivent	2	(M)
<i>ANTICONCEPCIÓN (PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS) *</i>					
	Cesia & Velivet	1	Cyclessa	3	(M)
	Zovia	1	Demulen	3	(M)
	Apri/Solia	1	Desogen	3	(M)
			Lybrel	3	(M)
	Kariva	1	Mircette	3	(M)
			Nuvaring	2	(QL)(M)
			Ortho Evra	3	(QL)(M)
	Jolvette/norethindrone/Errin/Camila		Ortho Micronor	3	(M)
	Tri-Previfem	1	Ortho Tri-Cyclen Lo	3	(M)
	Apri /Solia/Desogen	1	Ortho-Cept	3	(M)
	Previfem	1	Ortho-Cyclen	3	(M)
	Notrel	1	Ortho-Novum	3	(M)
	Necon/Notrel	1	Ovcon	3	(M)
	Jolessa		Seasonale	3	(QL)(M)
	Quasense	1	Seasonique	3	(QL)(M)
			Triphasil 28	1	(M)
	Ocella	1	Yasmin	3	(M)
	Gianvi	1	YAZ	3	(M)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ACNÉ</i>					
	isotretinoin/claravis/amnesteem/sotret	1	Accutane	3	
			Aczone	3	
			Azelex	3	
			BenzaClin	3	
	erythromycin/benzoyl peroxide	1	Benzamycin	3	
			Brevoxyl	3	
			Differin	3	(AGE)
			Duac/CS	3	



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ACNÉ</i>					
	erythromycin gel	1	Emgel	1	
			Epiduo	2	(QL)(AGE)
	metronidazole	1	Metrocream	3	
			Metrogel	2	
	metronidazole	1	Metrolotion	2	
	tretinoin	1	Retin-A	3	(AGE)
			Retin-A Micro	2	(AGE)
			Ziana	3	(AGE)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ANTIFÚNGICOS</i>					
	clotrimazole	1	Clotrim	3	
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ANTIPSORIÁSICOS</i>					
			Dovonex	2	
			Soriatane	2	
			Tazorac	2	(AGE)
			Vectical	2	
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) VARIOS DERMATOLÓGICOS</i>					
			Adoxa	3	(PA)
	imiquimod	1	Aldara	3	
			Altabax	3	
	mupirocin	1	Bactroban	2	
			Carac	2	
			Doryx	3	(PA)
	fluorouracil	1	Efudex	3	
			Elidel	2	(ST)(QL)
			Finacea	2	
			Oracea	3	(PA)
	doxycycline	1	Periostat	3	(PA)
			Protopic	2	(ST)(QL)
			Qutenza	3	(PA)
			Regranex	3	(QL)
	minocycline ER	1	Solodyn	3	(PA)
<i>DERMATOLÓGICOS (PIEL) ESTEROIDES</i>					
	mometasone	1	Elocon	3	
	triamcinolone	1	Kenalog	3	
	fluocinonide	1	Lidex	3	
			Olux	3	
	clobetasol	1	Temovate	3	
	hydrocortisone	1	Westcort	3	
<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	
			Humalog	3	(PA)(M)
			Humalog 50/50 and 75/25	2	(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>DIABETES INYECTABLES*</i>					
			Humulin	3	(PA)(M)
			Lantus	2	(M)
			Levemir	2	(M)
			Novolin	2	(M)
			Novolog	2	(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	3	(M)
			Avandamet	2	(QL)(M)
			Avandaryl	2	(QL)(M)
			Avandia	2	(QL)(M)
			Duetact	2	(QL)(M)
	metformin	1	Glucophage	3	(M)(GS)
	metformin ER	1	Glucophage XR	3	(M)(GS)
	glipizide	1	Glucotrol	3	(M)
	glipizide ER	1	Glucotrol XL	3	(M)
	glyburide/metformin	1	Glucovance	3	(M)
			Janumet	2	(QL)(M)
			Januvia	2	(QL)(M)
			Kombiglyze	2	(QL)(M)
	glipizide-metformin	1	Metaglip	3	(M)
			Onglyza	2	(QL)(M)
			Prandin	2	(M)
	acarbose	1	Precose	3	(M)
			Tradjenta	3	(QL)(M)
<i>GASTROINTESTINAL (DIGESTIVO) VARIOS GASTROINTESTINAL</i>					
			Amitiza	2	(QL)(AGE)
			Asacol	2	(M)
			Canasa	2	(M)
			Chenodal	3	(PA)
			Entocort EC	3	
			Lialda	2	(QL)(M)
			Lotronex	3	(QL)
			Pentasa	2	(M)
			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	3	(QL)
	promethazine	1	Phenergan	3	
	ondansetron	1	Zofran/ODT	3	(QL)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
			Zuplenz	3	(ST)(QL)
<i>GASTROINTESTINAL (DIGESTIVO) TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</i>					
			Aciphex	3	(ST)(QL)(M)
			Dexilant	3	(ST)(QL)(M)
			Nexium	3	(ST)(QL)(M)
	famotidine	1	Pepcid	3	(QL)(M)
	lansoprazole	1	Prevacid	3	(ST)(QL)(M)
	lansoprazole ODT	1	Prevacid Solutab	3	(QL)(M)(AGE)
			Prevpac	3	(QL)(M)
	omeprazole	1	Prilosec	3	(ST)(QL)(M)(GS)
	pantoprazole	1	Protonix	3	(ST)(QL)(M)
			Pylera	3	(M)
	ranitidine hcl	1	Zantac	3	(QL)(M)
	omeprazole/sodium bicarbonate	1	Zegerid	3	(ST)(QL)(M)
<i>TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL MUJER</i>					
			Activella	2	(M)
			Cenestin	2	(M)
	estradiol	1	Climara	2	(M)
			Crinone	3	(AGE)
			Enjuvia	2	(M)
			Estraderm	2	(M)
	syntest	1	Estratest	2	(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	3	(M)
			Vagifem	2	(M)
			Vivelle/Dot	2	(M)
<i>TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL HOMBRE</i>					
			Androderm	2	(ST)(M)
			Androgel	2	(M)
			Axiron	3	(ST)(M)
			Fortesta	3	(ST)(M)
			Striant	3	(ST)(M)
			Testim	3	(ST)(M)
<i>INMUNOSUPRESORES</i>					
	mycophenolate	1	Cellcept	3	(M)
	azathioprine	1	Imuran	3	(M)
			Myfortic	3	(M)
	cyclosporine	1	Neoral	2	(M)
	tacrolimus	1	Prograf	3	(M)
			Rapamune	2	(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
	cyclosporine		Sandimmune	2	(M)
<i>SALUD MENTAL ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</i>					
			Aricept	3	(M)
			Azilect	2	(M)
			Exelon	3	(M)
			Namenda	2	(M)
	galantamine/ER	1	Razadyne/ER	3	(M)
<i>SALUD MENTAL ANTIDEPRESIVOS</i>					
			Aplenzin	3	(ST)(QL)(M)
	citalopram	1	Celexa	3	(ST)(QL)(M)(GS)
			Cymbalta	2	(ST)(QL)(M)
	trazodone	1	Desyrel	3	(M)
	venlafaxine	1	Effexor	3	(ST)(M)
	venlafaxine ER Caps	1	Effexor XR	3	(ST)(QL)(M)
			Emsam	3	(ST)(QL)(M)
			Lexapro	3	(ST)(QL)(M)
			Oleptro	3	(ST)(QL)(M)
	nortriptyline	1	Pamelor	3	(M)
	paroxetine	1	Paxil	3	(ST)(QL)(M)(GS)
	paroxetine ER		Paxil CR	3	(ST)(QL)(M)
			Pexeva	3	(ST)(QL)(M)
			Pristiq	2	(ST)(QL)(M)
	fluoxetine	1	Prozac/Rapiflux	3	(ST)(QL)(M)(GS)
	mirtazapine	1	Remeron	3	(ST)(QL)(M)
			Sarafem	3	(ST)(M)
			Savella	2	(QL)(M)
			Venlafaxine ER Tabs	3	(ST)(QL)(M)
			Viibryd	3	(ST)(QL)(M)
	bupropion/SR/XL	1	Wellbutrin/SR/XL	3	(ST)(QL)(M)(GS)
	sertraline	1	Zoloft	3	(ST)(QL)(M)(GS)
<i>SALUD MENTAL ANTIPSICÓTICOS</i>					
			Abilify	2	(QL)(M)
			Fanapt	3	(ST)(QL)
			Geodon	2	(QL)(M)
			Invega	3	(ST)(QL)(M)
			Latuda	3	(ST)(QL)(M)
	risperidone	1	Risperdal	3	(QL)(M)
			Saphris	3	(ST)(QL)(M)
			Seroquel/XR	2	(QL)(M)
			Zyprexa	2	(QL)(M)
<i>SALUD MENTAL ESTIMULANTE</i>					
	amphetamine salts	1	Adderall	3	
	amphetamine salts ER	1	Adderall XR	3	(QL)
	methylphenidate ER	1	Concerta	3	(QL)
			Daytrana	3	(QL)
	dextroam/SR	1	Dexedrine/CR	3	(QL)
			Focalin XR	2	(QL)
			Intuniv	3	(QL)(M)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>SALUD MENTAL ESTIMULANTE</i>					
			Kapvay	3	(QL)
			Metadate CD	3	
	methylin ER	1	Metadate ER	3	(QL)
			Nuvigil	3	(PA)(QL)
			Provigil	3	(PA)(QL)
	methylphenidate	1	Ritalin	3	(QL)
			Ritalin LA	3	(QL)
	methylphenidate SR	1	Ritalin SR	3	(QL)
			Strattera	3	(QL)
			Vyvanse	2	(QL)
			Xyrem	3	(PA)
<i>MIGRAÑA</i>					
	naratriptan	1	Amerge	3	(QL)
			Axert	3	(QL)
	ergotamine/caff.	1	Cafergot	3	
	butalbital/apap/caff.	1	Fioricet	3	
			Frova	3	(QL)
	sumatriptan		Imitrex	3	(QL)
			Maxalt/MLT	2	(QL)
			Relpax	3	(QL)
			Sumavel DosePro	3	(ST)(QL)
			Treximet	3	(QL)
			Zolpimist Spray	3	(ST)(QL)
			Zomig/ZMT	3	(QL)
<i>RELAJANTES MUSCULARES</i>					
	cyclobenzaprine ER	1	Amrix	3	(ST)(QL)
	cyclobenzaprine	1	Flexeril	3	
	methocarbamol	1	Robaxin	3	
	metaxalone	1	Skelaxin	3	
	carisoprodol/CMP	1	Soma/CMP	3	(QL)
			Soma 250 mg	3	(ST)(QL)
	tizanidine		Zanaflex	3	
<i>ONCOLÓGICOS/HEMATOLOGÍA</i>					
			Afinitor	2	(PA)(QL)
	anastrozole	1	Arimidex	3	(QL)(M)
			Aromasin	2	(QL)(M)
			Chromagen	3	(QL)
	letrozole	1	Femara	3	(QL)
			Gleevec	2	(QL)
			Hycamtin	2	(QL)
			Iressa	2	(PA)(QL)
			Nexavar	2	(PA)(QL)
	tamoxifen	1	Nolvadex	3	(M)(QL)
			Oforta	3	(PA)(QL)
			Promacta	2	(PA)(QL)
			Revlimid	2	(PA)(QL)
			Sprycel	2	(PA)(QL)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>ONCOLÓGICOS/HEMATOLOGÍA</i>					
			Sutent	2	(PA)(QL)
			Tarceva	2	(PA)(QL)
			Targretin	2	(QL)(QL)
			Tasigna	2	(PA)(QL)
			Tykerb	2	(PA)(QL)
			Caprelsa	2	(PA)(QL)
			Victrelis	3	(PA)
			Votrient	2	(PA)(QL)
			Xeloda	2	(QL)
			Zolinza	2	(PA)(QL)
			Zytiga	2	(PA)(QL)
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) ANTIINFECCIOSOS</i>					
	ciprofloxacín	1	Ciloxan	3	
	gentamicin	1	Gentadol	1	
	ofloxacín	1	Ocuflox	3	
	tobramycin	1	Tobrex	3	
			Vigamox	3	
			Zymar	3	
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) VARIOS OFTÁLMICOS</i>					
			Alocril	3	(M)
	brimonidina	1	Alphagan	2	
	dorzolamida-timolol	1	Cosopt	3	(M)
	epinastina	1	Elestat	3	
	azelastina	1	Optivar	3	
			Pataday	2	(M)
			Patanol	2	
			Restasis	3	
	timolol	1	Timoptic	3	(M)
	dorzolamida	1	Trusopt	3	(M)
<i>OFTÁLMICOS (OJOS) PROSTAGLANDINAS</i>					
			Combigan	2	(QL)(M)
			Lumigan	2	(M)
	latanoprost	1	Xalatan	3	(M)
<i>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS*</i>					
			Actonel	2	(ST)(QL)(M)
			Atelvia	2	(ST)(QL)(M)
			Boniva	3	(ST)(QL)(M)
			Evista	2	(QL)(M)
	alendronate	1	Fosamax	3	(ST)(QL)(M)(GS)
			Fosamax D	3	(ST)(QL)(M)
	calcitonin	1	Miacalcin	2	(M)
<i>PREPARADOS ÓTICOS (OÍDO)</i>					
			Cipro HC	2	
			Ciprodex	2	
	ofloxacín	1	Floxin	3	
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</i>					
	fentanyl	1	Actiq	3	(PA)(QL)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</i>					
			Avinza	2	(ST)(QL)
			Butrans	3	(ST)(QL)
	propoxyphene-apap	1	Darvocet	3	(QL)
	propoxyphene	1	Darvon	3	(QL)
	fentanyl	1	Duragesic	3	(QL)
			Embeda	3	(ST)(QL)
			Exalgo	3	(ST)(QL)
			Fentora	3	(PA)(QL)
			Kadian	3	(ST)(QL)
	hydrocodone-apap	1	Lorcet	3	(QL)
	hydrocodone-apap	1	Lortab	3	(QL)
	morphine sulfate	1	MS Contin	3	
			Nucynta	3	(ST)(QL)
			Onsolis	3	(PA)(QL)
			Opana	3	(ST)(QL)
			Opana ER	3	(ST)(QL)
			Oxycontin CR	3	(ST)(QL)
	oxycodone-apap	1	Percocet	3	(QL)
	tramadol ER	1	Ultram ER	3	(QL)
	tramadol-apap	1	Ultram/Ultracet	3	(QL)
	hydrocodone-apap	1	Vicodin	3	(QL)
	hydrocodone-ibu	1	Vicoprofen	3	(QL)
<i>MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</i>					
			Celebrex	3	(QL)(M)
	oxaprozin	1	Daypro	3	(M)
	piroxican	1	Feldene	3	(M)
	indomethacin	1	Indocin	3	(M)
	meloxicam	1	Mobic	3	(M)
	ibuprofen	1	Motrin	3	(M)(GS)
	naproxen	1	Naprosyn	3	(M)(GS)
			Prevacid NapraPAC	3	(M)
	nabumetone	1	Relafen	3	(M)
			Sprix	3	(QL)
	ketorolac	1	Toradol	3	(QL)
			Vimovo	3	(ST)(QL)(M)
	diclofenac	1	Voltaren	3	(M)(GS)
<i>VITAMINAS PRENATALES*</i>					
	prenatal vitamins - generic	1	prenatal vitamins - brand name	3	(M)
<i>PRÓSTATA</i>					
			Avodart	3	(M)
	doxazosin	1	Cardura	3	(M)(GS)
	tamulosin	1	Flomax	3	(M)
	terazosin	1	Hytrin	3	(M)
	lovastatin	1	Mevacor	3	(M)(GS)
	prazosin	1	Minipress	3	(M)
	finasteride	1	Proscar	3	(M)

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR ANALGÉSICOS NARCÓTICOS TO PRÓSTATA



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
			Uroxatral	3	(M)
<i>TRASTORNOS CONVULSIVOS</i>					
			Carbatrol	2	(M)
	divalproex	1	Depakote	3	(QL)(M)
	phenytoin	1	Dilantin	2	(M)
			Gabitril	2	(QL)(M)
	levetiracetam	1	Keppra	3	(QL)(M)
			Keppra XR	3	(QL)(M)
	clonazepam	1	Klonopin	3	(M)
			Lamictal XR	3	(QL)(M)
	lamotrigine/ODT	1	Lamictal/ODT	3	(QL)(M)
			Lyrica	3	(QL)(M)
	gabapentin	1	Neurontin	3	(QL)(M)
			Sabril	3	(PA)(QL)
	carbamazepine	1	Tegretol	2	(M)
	topiramate	1	topamax	3	(QL)(M)
	oxcarbazepine	1	Trileptal	3	(QL)(M)
			Vimpat	2	(QL)(M)
	zonisamide	1	Zonegran	3	(QL)(M)
<i>DEJAR DE FUMAR*</i>					
			Chantix	2	(QL)
	bupropion HCL	1	Zyban	3	(QL)
<i>ESTEROIDES</i>					
	hydrocortisone	1	Cortef	3	
	methylprednisolone	1	Medrol	3	
	prednisolone sodium phosphate	1	Orapred	3	
	prednisolone	1	Prelone	3	
	prednisone	1	Sterapred	3	
<i>TIROIDES</i>					
	thyroid	1	Armour Thyroid	3	(M)
			Cytomel	2	(M)
			Levothyroid	2	(M)
			Levoxyl	2	(M)
			Synthroid	1	(QL)(M)
			Unithroid	2	(M)
<i>NO CLASIFICADOS</i>					
			Adcirca	2	(PA)(QL)
			Adrenaclick	3	
			Ampyra	3	(PA)(QL)
			Campral	2	
			Cayston	2	(PA)(QL)
			Colcrys	2	(QL)
			Creon	2	(M)
			Epipen/Jr.	2	
			Gilenya	3	(PA)(QL)
			Hectorol	2	(M)
			Horizant	3	(ST)(QL)(M)
			Incivek	3	(PA)



Categoría	Nombre Genérico	El Nivel	Nombre de Marca	El Nivel	Requisitos Especiales
<i>NO CLASIFICADOS</i>					
			Kuvan	2	(QL)
			Letairis	3	(PA)(QL)
			Lysteda	2	(QL)
			Pancreaze	2	(M)
			Revatio	3	(PA)
	minirin	1	Stimate	3	(QL)
			Tobi	2	(PA)(QL)
			Tracleer	2	(PA)
			Uloric	2	(ST)(QL)
			Ultrase	2	(M)
			Xenazine	2	(PA)(QL)
			Zenpep	2	
			Zortress	3	(M)
<i>INCONTINENCIA URINARIA</i>					
	hyoscyamine	1	Cystospaz	3	(M)
	desmopressin	1	DDAVP	3	(QL)
			Detrol/LA	3	
	oxybutynin	1	Ditropan	3	(M)
	oxybutynin ER	1	Ditropan XL	3	(M)
			Enablex	2	(M)
			Oxytrol	3	(M)
			Toviaz	3	(M)
			Vesicare	3	(M)

NO CLASIFICADOS TO INCONTINENCIA URINARIA

