PRESBYTERIAN

Presbyterian Senior Care (HMO)
Presbyterian MediCare PPO

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE 2012

(lista de medicamentos cubiertos)

PARA LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Aviso para miembros existentes: Este formulario de medicamentos fue modificado en relación con el año pasado.
Revise el documento para asegurarse de que aún incluya los medicamentos que usted toma.

Los beneficiarios deben usar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos con receta médica. Los beneficios, el formulario de medicamentos, la red de farmacias, las primas, los copagos o los coaseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2013.

Presbyterian Senior Care (HMO) y Presbyterian MediCare PPO son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare.

Esta información está disponible en un otros idiomas y formatos, incluso en español. Llame al Centro de servicio al cliente al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 o al número TTY 1-888-625-8818 si necesita ayuda.

Horario de servicio:
Lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero)
y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre).
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818.

Formulary ID-00012096
Formulary verision-33
Approved - 9/21/11

[MPC071137]

Y0055_HP110822SPAN CMS Approved 08282011

¿Que es el Formulario de medicamentos de Presbyterian Senior Care (HMO) y Presbyterian Medicare PPO (planes Presbyterian Medicare)?

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por los planes Presbyterian Medicare realizado con la consulta a un equipo de proveedores de atención medica. Este formulario representa las terapias con receta médica que se consideran necesarias para un programa de tratamiento de calidad. Los planes Presbyterian Medicare generalmente cubrirán los medicamentos incluidos en el formulario siempre y cuando sean médicamente necesarios; la receta debe surtirse en una farmacia de la red de planes Presbyterian Medicare y se deben respetar otras reglas del plan. Para obtener más información o para saber cómo surtir su receta médica, revise la Constancia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario de medicamentos?

Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en el Formulario de medicamentos de 2012 que estaba cubierto a principios de año, la cobertura no será interrumpida ni reducida durante el año de cobertura 2012, excepto cuando salga a la venta un medicamento genérico más económico o cuando se conozca alguna información adversa acerca de la seguridad o efectividad del medicamento. Otros cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que están tomando el medicamento en la actualidad. El medicamento permanecerá disponible al mismo costo compartido para los miembros que lo consumen por el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que tenga un acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos incluidos en el formulario al momento en que eligió nuestro plan, excepto en los casos en los que pueda ahorrar dinero o en los que no podamos garantizar su seguridad.

Si se eliminan medicamentos del Formulario de medicamentos, se agregan restricciones como autorización previa, límites de cantidad o pasos de terapia para un medicamento o se mueve un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos informar a los miembros afectados acerca del cambio por lo menos 60 días antes de que el cambio se haga efectivo, o cuando el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario de medicamentos no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento del formulario y le informaremos a los miembros que toman ese medicamento. El Formulario de medicamentos adjunto está vigente desde el 1.° de octubre de 2011. Para obtener información actualizada sobre los planes de Presbyterian Medicare, visite nuestro sitio web en www.phs.org o llame al Centro de servicio al cliente de Presbyterian al (505) 923-6060 (si se encuentra en el área de Albuquerque) o al número de teléfono gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org.

El formulario de medicamentos se imprime anualmente y no se realizan cambios negativos en él durante el año calendario o de cobertura. Se usan hojas de erratas únicamente cuando se han identificado errores de impresión en el formulario de medicamentos.

¿Cómo se usa el Formulario de medicamentos?

Existen dos maneras de encontrar el medicamento que busca en el Formulario de medicamentos:

Afección médica

El formulario de medicamentos comienza en la página 7. El formulario de medicamentos comienza en la página 7. Los medicamentos que figuran en este formulario están agrupados por categoría según la clase de afección médica que tratan. Por ejemplo: los medicamentos que se usan para tratar las afecciones coronarias están enumerados bajo el título Agentes cardiovasculares. Si conoce para qué se usa el medicamento que necesita, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 7. Luego, busque el medicamento en la categoría correspondiente.

Listado por orden alfabético

Si no está seguro bajo qué categoría buscar, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 85. El Índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca, como los genéricos están incluidos en el índice. Busque en el índice y localice el medicamento que necesita. Junto al medicamento podrá observar el número de página donde encontrará información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el índice y encontrará el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los planes de Presbyterian Medicare cubren tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ya que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos pueden presentar requisitos adicionales o límites en la cobertura. Los requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Los planes Presbyterian Medicare requieren que usted o su médico obtengan autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que necesitará conseguir la aprobación de los planes Presbyterian Medicare antes de surtir su receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que los planes Presbyterian Medicare no cubran el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, los planes Presbyterian Medicare limitan la cantidad de medicamento que cubrimos. Por ejemplo: los planes de Presbyterian Medicare incluyen 4 comprimidos de Actonel 30 mg y 35 mg por receta. Esto puede ser adicional al abastecimiento estándar para uno o tres meses.

- **Terapia de pasos:** En algunos casos, los planes Presbyterian Medicare requieren que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para su afección. Por ejemplo: si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, puede ser que los planes Presbyterian Medicare no cubran el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona, entonces los planes de Presbyterian Medicare cubrirán el Medicamento B.

Puede averiguar si el medicamento que busca está sujeto a requisitos o límites adicionales consultando el Formulario de medicamentos que comienza en la página 7. También puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a determinados medicamentos cubiertos visitando nuestro sitio web en www.phs.org.

Puede solicitar que los planes Presbyterian Medicare hagan una excepción en las restricciones o en los límites. Para obtener información sobre cómo solicitar una Excepción de farmacia, consulte la sección "Cómo solicitar una excepción del Formulario de medicamentos de los planes Presbyterian Medicare", que se encuentra en la página 3.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) son medicamentos sin receta médica que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Presbyterian Medicare. Los planes Presbyterian Medicare no cubren medicamentos de venta libre.

¿Qué sucede si el medicamento que necesito no está en el Formulario de medicamentos?

Si el medicamento no está incluido en el formulario de medicamentos, en primer lugar, debe ponerse en contacto con Servicio al cliente y confirmar que el medicamento no está cubierto. Si le informan que los planes Presbyterian Medicare no cubren el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por los planes Presbyterian Medicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que sea cubierto por los planes Presbyterian Medicare.
- Puede solicitar que los planes Presbyterian Medicare hagan una excepción y cubran los medicamentos. En la siguiente página encontrará información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Cómo se solicita una excepción del Formulario de medicamentos de los planes Presbyterian Medicare?

Puede solicitar que los planes Presbyterian Medicare hagan una excepción en las reglas de cobertura. Puede solicitar varios tipos de excepciones.

- Puede pedir la cobertura del medicamento que necesita aunque no esté en el formulario de medicamentos.
- Puede pedir que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura sobre el medicamento. Por ejemplo: para algunos medicamentos, los planes Presbyterian Medicare limitan la cantidad de medicamento que cubrimos. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedir que no apliquemos el límite y que ampliemos la cobertura.
- Puede pedir que brindemos un nivel de cobertura mayor para el medicamento. Si su medicamento se encuentra en el nivel 3 de no preferidos, puede solicitarnos su cobertura con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 2 de marcas preferidas. Esto reducirá el monto que debe pagar por el medicamento. Tenga en cuenta que si cumplimos su solicitud de cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario de medicamentos, no podrá pedirnos que le brindemos un mayor nivel de cobertura para el medicamento. Además, no podrá pedirnos que le brindemos un mayor nivel de cobertura para los medicamentos incluidos en el nivel 4 de productos farmacéuticos especializados.

Por lo general, los planes Presbyterian Medicare sólo aprobarán su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos que se incluyen en el formulario de medicamentos del plan, el medicamento de menor nivel o las restricciones de utilización adicionales no son efectivos para tratar su afección o le causan efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción del formulario de medicamentos, del nivel o de las restricciones de utilización. **Al solicitar una excepción del formulario de medicamentos, del nivel o de las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de su médico que avale su solicitud.** Generalmente, tomamos una decisión dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración del médico o de otra persona autorizada para recetar que respalde su solicitud. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud puede sufrir un daño severo durante la espera de 72 horas para conocer la decisión. Si se le otorga la excepción acelerada, debemos tomar la decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración del médico o de la persona autorizada para recetar que respalde su solicitud.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de medicamentos o de solicitar una excepción?

Tanto en calidad de miembro nuevo o de miembro que continúa inscrito en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario de medicamentos. O, tal vez, el medicamento que está tomando se encuentra en nuestro formulario de medicamentos pero su capacidad para conseguirlo es limitada. Por ejemplo: puede necesitar que le otorguemos una autorización previa antes de surtir su receta. En ese caso, usted debe consultar a su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que esté cubierto o bien solicitar una excepción del formulario de medicamentos para que cubra el medicamento que usted consume. Mientras determina con su médico cuál es el curso de acción adecuado, podemos cubrir el medicamento, en algunos casos, durante los primeros 90 días de estar inscrito como miembro en nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que necesita que no esté incluido en nuestro formulario de medicamentos o en caso de que su capacidad de conseguir los medicamentos sea limitada, cubriremos un suministro temporario por 30 días (a menos que su receta indique una menor cantidad de días) cuando vaya a una farmacia de la red. Después de los primeros 30 días de suministro, no pagaremos por los medicamentos, aunque haya sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo, le permitiremos surtir su receta hasta que hayamos brindado un suministro de transición de 91 - días, coherente con el aumento en el surtido (a menos que su receta indique una menor cantidad de días). Cubriremos más de un reabastecimiento de los medicamentos durante los primeros 90 días de ser miembro del plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario de medicamentos o en caso de que su capacidad de obtener esos medicamentos sea limitada y ya pasaron los primeros 90 días de membresía del plan, cubriremos un suministro de emergencia para ese medicamento por 31 días (a menos que su receta indique una menor cantidad de días) mientras trata de obtener una excepción del formulario de medicamentos.

Planes de Presbyterian Medicare – Política de transición:

Esta política está destinada a garantizar que los miembros nuevos y existentes cuenten con la transición adecuada para los medicamentos actuales de la Parte D que les fueron recetados y que no aparecen en el formulario de medicamentos o que se hayan eliminado de este, o bien que el estado del formulario haya cambiado.

Política de transición de Presbyterian Medicare

Garantizar un proceso de transición sin problemas para los inscritos y que se suplan las necesidades de las personas que se unan a Presbyterian provenientes de otros proveedores de un plan de la Parte D. Presbyterian ha establecido un proceso de transición apropiado para tratar estas necesidades. Hemos establecido las siguientes pautas para solucionar lo siguiente:

- La transición de nuevos miembros luego del periodo de la elección anual.
- La transición de nuevos beneficiarios elegibles de Medicare.
- Beneficiarios de Medicare de otra cobertura.
- La transición de individuos que podrían cambiar planes de la Parte D de Medicare después del inicio del año de contrato.
- Los inscritos que vivan en centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
- En algunos casos, los actuales inscritos afectados por cambios en el formulario de medicamentos de un año de contrato al siguiente.

La política de transición de Presbyterian se aplica a (a) medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario de medicamentos (b) medicamentos de la Parte D que aparecen en el formulario pero que requieren autorización previa o terapia de pasos según nuestras reglas de manejo de utilización.

La política de transición de Presbyterian se ocupa de aquellas situaciones en las que es probable que los miembros no estén informados acerca de los medicamentos incluidos en el formulario de medicamentos, no estén seguros de qué está cubierto o no conozcan el proceso de excepción del formulario de medicamentos. La política de transición de Presbyterian satisface las necesidades vitales inmediatas de nuestros valiosos inscritos y les otorga tiempo para trabajar con el proveedor que les elabora las recetas para que cambien a un medicamento incluido el formulario que sea terapéuticamente equivalente o que completen el proceso de excepción de formulario de medicamentos.

Entorno de atención ambulatoria (establecimientos que no son de atención de largo plazo)
Durante los primeros 90 días de inscripción en Presbyterian, el miembro puede surtir una receta por única vez, hasta un suministro temporal de 31 días, de un medicamento que no se encuentre en el formulario de medicamentos, esto incluye medicamentos de la Parte D que necesiten autorización previa o terapia de pasos.

Establecimientos de atención a largo plazo (LTC)
Durante los primeros 90 días de inscripción en Presbyterian, el miembro puede obtener un suministro de transición de 31 días. Presbyterian surtirá en más de una ocasión medicamentos de la Parte D que no aparezcan en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que aparecen en el formulario pero que requieren autorización previa o terapia de pasos según nuestras reglas de manejo de utilización, según corresponda durante todo el periodo de transición de 90 días.

Si una persona inscrita en LTC ya cumplió su periodo de transición de 90 días, Presbyterian proporcionará un abastecimiento de emergencia de los medicamentos que no aparezcan en el formulario, incluidos los medicamentos de la Parte D que aparecen en el formulario pero que requieren autorización previa o terapia de pasos según nuestras reglas de manejo de utilización. Este abastecimiento de emergencia será por un mínimo de 31 días de medicamentos, excepto que la receta se haya escrito por menos de 31 días. El abastecimiento de emergencia es para asegurar que los miembros reciban sus medicamentos mientras se ha solicitado una excepción.

Cambio del nivel de atención
Los miembros pueden sufrir cambios imprevistos en el nivel de atención; por ejemplo, el alta o la admisión en un centro de atención a largo plazo, un hospital, un centro de enfermería, etc. En estas circunstancias, Presbyterian ofrecerá un abastecimiento temporal por un cambio en el nivel de atención. Este abastecimiento se autorizará por un máximo de 31 días de medicamentos, excepto que la receta se haya escrito por menos de 31 días.

Notificaciones de transición
Todos los miembros que reciban el suministro temporal de un medicamento de la Parte D que no figure en el formulario de medicamentos, recibirán la notificación escrita por correo de los EE. UU. respecto al suministro temporal y al proceso de transición. Esta notificación se enviará en el plazo de tres (3) días hábiles posteriores a un abastecimiento temporal. La notificación incluirá la siguiente información:

(1) Una explicación del suministro de transición que recibió el beneficiario.
(2) Instrucciones para trabajar con Presbyterian y la persona autorizada para recetar para identificar las alternativas terapéuticas apropiadas incluidas en el formulario de medicamentos.
(3) Una explicación del derecho del beneficiario a solicitar una excepción del formulario de medicamentos.
(4) Una descripción del proceso de excepción del formulario de medicamentos.

La solicitud de excepción del formulario de medicamentos está a disposición de los miembros, representantes designados y médicos por correo, fax, correo electrónico y en nuestro sitio web en www.phs.org.

Proveedores por especialidad de la red

Si se administran en el consultorio de un médico, algunos medicamentos deben obtenerse a través del proveedor por especialidad designado de la red, y estos deben enviarse al centro o al consultorio del médico de su elección.

Para obtener más información

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta médica de sus planes Presbyterian Medicare, lea detenidamente la Constancia de cobertura y los demás materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de los planes Presbyterian Medicare, llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (si se encuentra en el área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Si desea formular preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite www.medicare.gov.

Formulario de planes Presbyterian Medicare

El formulario de medicamentos que comienza en la página 7 ofrece información sobre la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por los planes Presbyterian Medicare. Si tiene dificultad para encontrar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 85.

La primera columna del cuadro enumera los nombres de los medicamentos. Los medicamentos de marca están escritos en mayúsculas (ej.: DIOVAN) y los medicamentos genéricos figuran en letra cursiva en minúsculas (ej.: lisinopril).

La información que se detalla en la columna Notas indica si los planes Presbyterian Medicare están sujetos a requisitos especiales para la cobertura del medicamento.

Explicación de los niveles y del costo compartido de los medicamentos

Nivel del medicamento	Descripción	Copago de farmacia minorista (suministro de 30 días)	Copago de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1	Genérico preferido	$5	$10
Nivel 2	Marca preferida	$40	$100
Nivel 3	No preferido	$75	$225
Nivel 4	Productos farmacéuticos especializados	30% de coaseguro	No disponible
Todos los niveles	Medicamentos previamente envasados (ej.: inhaladores, insulina, cremas tópicas, etc.)	El copago es el pago al minorista por nivel que se aplica en suministros para 30 días.	El copago es el pago por pedido por correo por nivel que se aplica en suministros para 90 días.

Explicación de las abreviaturas

B/D	Parte B o Parte D de Medicare. De acuerdo a cómo se utilice un medicamento, estará cubierto por la Parte B (médico y atención médica ambulatoria) o la Parte D (medicamentos de venta con receta) de Medicare. Es posible que el médico deba brindar más información al plan cómo se tomará este medicamento para asegurarse de que esté correctamente cubierto por Medicare.
BC	Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura. Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL	Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias. Para obtener más información consulte el Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (si se encuentra en el área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.
AP	Autorización previa: Los planes Presbyterian Medicare requieren que usted o su médico obtengan autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que necesitará conseguir la aprobación del plan Presbyterian Medicare antes de surtir su receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que los planes Presbyterian Medicare no cubran el medicamento.
LC	Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, los planes Presbyterian Medicare limitan la cantidad de medicamento que cubren los planes.
TP	Terapia de pasos. En algunos casos, los planes Presbyterian Medicare requieren que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para su afección. Por ejemplo: si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan una afección médica, es posible que los planes Presbyterian Medicare no cubran el Medicamento B a menos que se utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona, entonces los planes de Presbyterian Medicare cubrirán el Medicamento B.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Analgésicos		
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
ibuprofeno comp. 400 mg	1	BC
ibuprofeno comp. 600 mg	1	BC
ibuprofeno comp. 800 mg	1	BC
indometacina cáp. 25 mg	1	BC
indometacina cáp. 50 mg	1	BC
indometacina cáp. 75 mg lib. prol.	1	BC
ketoprofeno cáp. 50 mg	1	BC
ketoprofeno cáp. 75 mg	1	BC
naproxeno susp. 125/5 ml	1	BC
naproxeno comp. 250 mg	1	BC
naproxeno comp. 375 mg	1	BC
naproxeno comp. 500 mg	1	BC
naproxeno sódico comp. 275 mg	1	BC
naproxeno sódico comp. 550 mg	1	BC
salsalato comp. 500 mg	1	BC
salsalato comp. 750 mg	1	BC
VOLTAREN GEL 1 %	3	TP
Analgésicos opioides		
apap/codeína sol. 120-12/5	1	BC
apap/codeína comp. 300-15 mg	1	BC
apap/codeína comp. 300-30 mg	1	BC
apap/codeína comp. 300-60 mg	1	BC
AVINZA CÁP. 120 MG	3	LC (30/30)
AVINZA CÁP. 30 MG	3	LC (30/30)
AVINZA CÁP. 45 MG	3	LC (30/30)
AVINZA CÁP. 60 MG	3	LC (30/30)
AVINZA CÁP. 75 MG	3	LC (30/30)
AVINZA CÁP. 90 MG	3	LC (30/30)
buprenorfina iny. 0,3 mg/ml	3	B/D
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 15 MG	2	
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 30 MG	2	
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 60 MG	2	
DILAUDID-5 LIQ. 1 MG/ML	3	
fentalino dis 100 µg/h	1	LC (10/30) TP BC
fentalino dis 12 µg/h	1	LC (10/30) TP BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
fentalino dis 25 µg/h	1	LC (10/30) TP BC
fentalino dis 50 µg/h	1	LC (10/30) TP BC
fentalino dis 75 µg/h	1	LC (10/30) TP BC
citrato de fentanilo iny. 0,05 mg/1	3	B/D
fentanilo ot loz 1200 µg	4	LC (4/1) AP
fentanilo ot loz 1600 µg	4	LC (4/1) AP
fentanilo ot loz 400 µg	4	LC (4/1) AP
fentanilo ot loz 600 µg	4	LC (4/1) AP
fentanilo ot loz 800 µg	4	LC (4/1) AP
hidrocodona/apap comp. 10-750 mg	1	BC
hidrocodona/apap sol.	1	BC
hidrocodona/apap comp. 10-325 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 5-325 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 7,5-325	1	BC
hidrocodona/apap comp. 10-500 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 2,5-500 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 5-500 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 7,5-500 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 10-650 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 7,5-650	1	BC
hidrocodona/apap comp. 10-660 mg	1	BC
hidrocodona/apap comp. 7,5-750 mg	1	BC
hidrocodona/ibuprofeno comp. 7,5-200	1	BC
hidromorfona iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
hidromorfona comp. 2 mg	1	BC
hidromorfona comp. 4 mg	1	BC
hidromorfona de 8 mg	1	BC
KADIAN COMP. 100 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 10 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 200 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 20 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 30 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 50 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 60 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
KADIAN COMP. 80 MG LIB. CONT.	3	LC (60/30) TP
meperidina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
metadona con. 10 mg/ml	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHADONE SOL. 10 MG/5 ML	2	
METHADONE SOL. 5 MG/5 ML	2	
metadona comp. 10 mg	1	BC
metadona comp. 5 mg	1	BC
SULFATO DE MORFINA INY. 5 MG/ML	2	B/D
SULFATO DE MORFINA COMP. 15 MG	2	
SULFATO DE MORFINA COMP. 30 MG	2	
sulfato de morfina comp. 100 mg de lib. prol.	1	BC
sulfato de morfina comp. 15 mg de lib. prol.	1	BC
sulfato de morfina comp. 200 mg de lib. prol.	1	BC
sulfato de morfina comp. 30 mg de lib. prol.	1	BC
sulfato de morfina comp. 60 mg lib. prol.	1	BC
nalbufina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
nalbufina iny. 20 mg/ml	1	BC B/D
OPANA ER COMP. 10 MG	3	LC (60/30) TP
OPANA ER COMP. 20 MG	3	LC (60/30) TP
OPANA ER COMP. 30 MG	3	LC (60/30) TP
OPANA ER COMP. 40 MG	3	LC (60/30) TP
OPANA ER COMP. 5 MG	3	LC (60/30) TP
OXYCODONA CON. 20 MG/ML	2	
OXICODONA COMP. 10 MG	2	
oxicodona comp. 15 mg	1	BC
oxicodona comp. 30 mg	1	BC
oxicodona comp. 5 mg	1	BC
oxicodona/apap cáp. 5-500 mg	1	BC
hidroxicodona/apap comp. 10-325 mg	1	BC
oxicodona/apap comp. 2,5-325mg	1	BC
hidroxicodona/apap comp. 5-325 mg	1	BC
oxicodona/apap comp. 7,5-325 mg	1	BC
oxicodona/apap comp. 7,5-500 mg	1	BC
hidroxicodona/apap comp. 10-650 mg	1	BC
oxicodona/asa comp.	1	BC
PENTA/APAP COMP. 25-650 MG	2	
PENTAZOCINA/NAXOLONA COMP.	2	
clorhidrato de tramadol comp. 50 mg	1	BC
tramadol clorhidrato comp. 100 mg lib. prol.	1	LC (30/30) BC
clorhidrato de tramadol comp. 200 mg lib. prol.	1	LC (30/30) BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Anestésicos		
Anestésicos locales		
lidocaína pomada 5 %	1	BC B/D
lidocaína iny. 0,5%	1	BC B/D
lidocaína iny. 1 %	1	BC B/D
lidocaína sol. 4 %	1	BC
lidocaína gel 2 % jalea	1	BC
lidocaína/prilocaína crema 2,5-2,5 %	1	BC
LIDODERM DIS. 5 %	3	LC (90/30) AP
Agentes antiinflamatorios		
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
CELEBREX CÁP. 100 MG	3	TP
CELEBREX CÁP. 200 MG	3	TP
CELEBREX CÁP. 400 MG	3	TP
CELEBREX CÁP. 50 MG	3	TP
diclofenac potásico comp. 50 mg	1	BC
diclofenac comp. 75 mg lib. lenta	1	BC
diclofenac comp. 25 mg cub. ent.	1	BC
diclofenac comp. 50 mg cub. ent.	1	BC
diclofenac comp. 100 mg lib. prol.	1	BC
etodolac cáp. 200 mg	1	BC
etodolac cáp. 300 mg	1	BC
etodolac comp. 400 mg	1	BC
etodolac comp. 500 mg	1	BC
FENOPROFEN COMP. 600 MG	2	
flurbiprofeno comp. 100 mg	1	BC
flurbiprofeno comp. 50 mg	1	BC
ketorolac comp. 10 mg	1	LC (20/30) BC
meloxicam comp. 15 mg	1	BC
meloxicam comp. 7,5 mg	1	BC
nabumetona comp. 500 mg	1	BC
nabumetona comp. 750 mg	1	BC
naproxeno lib. lenta comp. 500 mg	1	BC
oxaproxina comp. 600 mg	1	BC
piroxicam cáp. 10 mg	1	BC
piroxicam cáp. 20 mg	1	BC
sulindac comp. 150 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
sulindac comp. 200 mg	1	BC
Antibacteriales		
Aminoglucósidos		
amikacina iny. 500/2 ml	1	BC B/D
amikacina iny. 100/2 ml	1	BC B/D
gentak pomada 0,3 % oftalm.	1	BC
gentamicina crema 0,1 %	1	BC
gentamicina pomada 0,1 %	1	BC
gentamicina sol. 0,3 % oftalm.	1	BC
gentamicina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
gentamicina iny. 40 mg/ml	1	BC B/D
neomicina comp. 500 mg	1	BC
paromomicina cáp. 250 mg	3	
TOBI NEB. 300/5 ML	4	B/D
tobramicina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
tobramicina iny. 80 mg/2 ml	1	BC B/D
Antibacteriales, otros		
BACTROBAN CREMA 2 %	3	
BACTROBAN POMADA NASAL 2 %	3	
CLORANFENICOL INY. 1 G	2	B/D
CLEOCIN CÁP. 75 MG	3	
CLEOCIN INY. 300 MG	3	B/D
CLEOCIN INY. 600 MG	3	B/D
CLEOCIN INY. 900 MG	3	B/D
clindamicina cáp. 150 mg	1	BC
clindamicina cáp. 300 mg	1	BC
clindamicina sol. 75 mg/5 ml	1	BC
clindamicina gel 1 %	1	BC
colistinmetato iny. 150 mg	1	BC B/D
CUBICINA SOL. 500 MG	4	B/D
FURADANTINA SUSP. 25 MG/5 ML	2	
metronidazol cáp. 375 mg	1	BC
metronidazol crema 0,75 %	1	BC
metronidazol gel 0,75 %	1	BC
metronidazol loción 0,75 %	1	BC
metronidazol comp. 250 mg	1	BC
metronidazol comp. 500 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
metronidazol/nacl iny. 500 mg	1	BC B/D
metronidazol gel 0,75 % vag.	1	BC
mupirocina pomada 2 %	1	BC
neomicina/bacitracina/polimixina pomada oftalm.	1	BC
NEUTREXIN INY. 25 MG	4	B/D
nitrofur mac cáp. 100 mg	1	BC
nitrofur mac cáp. 50 mg	1	BC
nitrofurantoína cáp. 100 mg	1	BC
sulfadiacina argéntica crema 1 %	1	BC
trimetoprima comp. 100 mg	1	BC
TYGACIL INY. 50 MG	3	B/D
CLORHIDRATO DE VANCOMICINA CÁP. 125 MG	4	AP
CLORHIDRATO DE VANCOMICINA CÁP. 250 MG	4	AP
vancomicina iny. 1000 mg	1	AP BC B/D
XIFAXAN COMP. 200 MG	3	AP
XIFAXAN COMP. 550 MG	4	AP
ZYVOX SOL. 2 MG/ML	4	AP B/D
ZYVOX SUSP. 100 MG/5 M	4	AP
ZYVOX COMP. 600 MG	4	AP
Betalactamasa, cefalosporinas		
cefaclor cáp. 250 mg	1	BC
cefaclor cáp. 500 mg	1	BC
CEFACLOR COMP. 500 MG LIB. PROL.	2	
cefadroxil cáp. 500 mg	1	BC
cefadroxil susp. 250/5 ml	1	BC
cefadroxil susp. 500/5 ml	1	BC
cefadroxil comp. 1 g	1	BC
cefazolina iny. 1 g	1	BC B/D
cefazolina iny. 20 g	1	BC B/D
cefazolina iny. 500 mg	1	BC B/D
cefdinir cáp. 300 mg	1	BC
cefdinir susp. 125/5 ml	1	BC
cefdinir susp. de 250/5 ml	1	BC
cefepima iny. 1 g	1	BC B/D
cefepima iny. 2 g	1	BC B/D
cefotaxima iny. 10 g	1	BC B/D
cefotaxima iny. 1 g	1	BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
cefotaxima iny. 2 g	1	BC B/D
cefotaxima iny. 500 mg	1	BC B/D
cefpodoxima proxetil susp. 100/5 ml	1	BC
cefpodoxima proxetil susp. 50 mg/5 ml	1	BC
cefpodoxima comp. 100 mg	1	BC
cefpodoxima comp. 200 mg	1	BC
cefprozil susp. 125/5 ml	1	BC
cefprozil susp. 250/5 ml	1	BC
cefprozil comp. 250 mg	1	BC
cefprozil comp. 500 mg	1	BC
CEFTIN SUSP. 250/5 ML	2	
ceftriaxona iny. 10 g	1	BC B/D
ceftriaxona iny. 250 mg	1	BC B/D
ceftriaxona iny. 500 mg	1	BC B/D
cefuroxima susp. 125/5 ml	1	BC
cefuroxima comp. 250 mg	1	BC
cefuroxima comp. 500 mg	1	BC
cefuroxima iny. 1,5 g	1	BC B/D
cefuroxima iny. 7,5 g	1	BC B/D
cefuroxima iny. 750 mg	1	BC B/D
cefalexina cáp. 250 mg	1	BC
cefalexina cáp. 500 mg	1	BC
cefalexina susp. 125/5 ml	1	BC
cefalexina susp. 250/5 ml	1	BC
SUPRAX SUSP. 100/5 ML	2	
SUPRAX SUSP. 200/5 ML	2	
Betalactamasa, otras		
aztreonam iny. 2 g	4	B/D
meropenem iny. 500 mg	3	B/D
PRIMAXIN INY. IM 500 MG	2	B/D
PRIMAXIN INY. IV 250 MG	2	B/D
PRIMAXIN INY. IV 500 MG	2	B/D
Betalactamasa, penicilinas		
amoxicilina cáp. 250 mg	1	BC
amoxicilina cáp. 500 mg	1	BC
amoxicilina masticable de 125 mg	1	BC
amoxicilina masticable 250 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
amoxicilina susp. 125/5 ml	1	BC
amoxicilina susp. 200/5 ml	1	BC
amoxicilina susp. 250/5 ml	1	BC
amoxicilina susp. 400/5 ml	1	BC
amoxicilina comp. 500 mg	1	BC
amoxicilina comp. 875 mg	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio masticable 200 mg	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio masticable 400 mg	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 200/5 ml	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 250/5 ml	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 400/5 ml	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 600/5 ml	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 250 mg	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 500 mg	1	BC
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 875 mg	1	BC
ampicilina cáp. 250 mg	1	BC
ampicilina cáp. 500 mg	1	BC
AMPICILINA SUSP. 125/5 ML	2	
AMPICILINA SUSP. 250/5 ML	2	
ampicilina iny. 10 g	1	BC B/D
ampicilina iny. 1 g	1	BC B/D
BICILLIN C-R INY. 1200000	2	B/D
BICILLIN C-R INY. 900/300	2	B/D
dicloxacilina cáp. 250 mg	1	BC
dicloxacilina cáp. 500 mg	1	BC
NAFCILLIN INY. 10 G	2	B/D
NAFCILLIN INY. 1 G	2	B/D
penicilina vk sol. 125/5 ml	1	BC
penicilina vk sol. 250/5 ml	1	BC
penicilina vk comp. 250 mg	1	BC
penicilina vk comp. 500 mg	1	BC
PIPERACILINA INY. 3 G	2	B/D
PIPERACILINA INY. 40 G	2	B/D
piperacilina/tazobactama iny. 3-0,375 g	1	BC B/D
TIMENTIN INY. 3,1 G	3	B/D
Macrólidos		
azitromicina iny. 500 mg	1	BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
azitromicina comp. 250 mg	1	BC
azitromicina comp. 500 mg	1	BC
azitromicina comp. 600 mg	1	BC
claritromicina susp. 125/5 ml	1	BC
claritromicina susp. 250/5 ml	1	BC
claritromicina comp. 250 mg	1	BC
claritromicina comp. 500 mg	1	BC
claritromicina comp. 500 mg lib. prol.	1	BC
ERY-TAB COMP. 333 MG CUB. ENT.	3	
ERYPED 200 SUSP. 200/5 ML	2	
ERYTHROCIN INY. 500 MG	2	B/D
eritromicina pomada oftalm.	1	BC
eritromicina sol. 2 %	1	BC
ERITROMICINA COMP. 250 MG BS	2	
ERITROMICINA COMP. 500 MG BS	2	
ees/sulfisoxaol susp. 200-600	1	BC
Quinolonas		
AVELOX COMP. 400 MG	2	
AVELOX ABC COMP. 400 MG	2	
CIPRO (10 %) SUSP. 500 MG/5	2	
CIPRO (5 %) SUSP. 250 MG/5	2	
ciprofloxacina iny. 400 mg	1	BC B/D
ciprofloxacina comp. 100 mg	1	BC
ciprofloxacina comp. 250 mg	1	BC
ciprofloxacina comp. 500 mg	1	BC
ciprofloxacina comp. 750 mg	1	BC
ciprofloxacina iny. 200 mg	1	BC B/D
ofloxacina comp. 200 mg	1	BC
ofloxacina comp. 300 mg	1	BC
ofloxacina comp. 400 mg	1	BC
Sulfonamidas		
sulfacetamida sódica sol. al 10 % oftalm.	1	BC
SULFADIAZINA COMP. 500 MG	2	
SMZ-TMP INY. 400-80/5	2	
smz-tmp susp. 200-40/5	1	BC
smz-tmp comp. 400-80 mg	1	BC
smz/tmp ds comp. 800-160	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Tetraciclinas		
hiclato de doxiciclina, cáp. 100 mg	1	BC
hiclato de doxiciclina iny. 100 mg	1	BC B/D
hiclato de doxiciclina comp. 100 mg	1	BC
minociclina cáp. 100 mg	1	BC
minociclina cáp. 50 mg	1	BC
minociclina cáp. 75 mg	1	BC
minociclina comp. 100 mg	1	BC
minociclina comp. 50 mg	1	BC
minociclina comp. 75 mg	1	BC
tetraciclina cáp. 250 mg	1	BC
tetraciclina cáp. 500 mg	1	BC
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos, otros		
BANZEL COMP. 200 MG	3	AP
BANZEL COMP. 400 MG	3	AP
KEPPRA SOL. 100 MG/ML	3	
KEPPRA COMP. 1000 MG	3	
KEPPRA COMP. 250 MG	3	
KEPPRA COMP. 500 MG	3	
KEPPRA COMP. 750 MG	3	
levetiracetam sol. 100 mg/ml	1	BC
levetiracetam iny. 500/5 ml	1	BC B/D
levetiracetam comp. 1.000 mg	1	BC
levetiracetam comp. 250 mg	1	BC
levetiracetam comp. 500 mg	1	BC
levetiracetam comp. 750 mg	1	BC
VIMPAT SOL. 10 MG/ML	3	AP
VIMPAT INY. 200 MG/20	3	AP B/D
VIMPAT COMP. 100 MG	3	LC (60/30) AP
VIMPAT COMP. 150 MG	3	LC (60/30) AP
VIMPAT COMP. 200 MG	3	LC (60/30) AP
VIMPAT COMP. 50 MG	3	LC (60/30) AP
Agentes modificadores de los canales de calcio		
CELONTIN CÁP. 300 MG	3	
etosuximida cáp. 250 mg	1	BC
etosuximida sol. 250/5 ml	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LYRICA CÁP. 100 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 150 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 200 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 225 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 25 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 300 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 50 MG	3	LC (90/30) AP
LYRICA CÁP. 75 MG	3	LC (90/30) AP
ZARONTIN CÁP. 250 MG	3	
ZARONTIN SOL. 250/5 ML	3	
ZONEGRAN CÁP. 100 MG	3	
ZONEGRAN CÁP. 25 MG	3	
zonisamida cáp. 100 mg	1	BC
zonisamida cáp. 25 mg	1	BC
zonisamida cáp. 50 mg	1	BC
Agentes que aumentan el ácido gama-aminobutírico (GABA)		
DEPACON INY. 100 MG/ML	3	B/D
DEPAKENE CÁP. 250 MG	3	
DEPAKENE JARABE 250/5 ML	3	
DEPAKOTE COMP. 125 MG LIB. LENTA	3	
DEPAKOTE COMP. 250 MG LIB. LENTA	3	
DEPAKOTE COMP. 500 MG LIB. LENTA	3	
DEPAKOTE ER COMP. 250 MG	3	
DEPAKOTE ER COMP. 500 MG	3	
DEPAKOTE SPR CÁP. 125 MG	3	
divalproex cáp. 125 mg	1	BC
divalproex comp. 125 mg de lib. lenta	1	BC
gabapentina cáp. 100 mg	1	BC
gabapentina cáp. 300 mg	1	BC
gabapentina cáp. 400 mg	1	BC
gabapentina sol. 250/5 ml	1	BC
gabapentina comp. 600 mg	1	BC
gabapentina comp. 800 mg	1	BC
GABITRIL COMP. 12 MG	3	
GABITRIL COMP. 16 MG	3	
GABITRIL COMP. 2 MG	3	
GABITRIL COMP. 4 MG	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MYSOLINE COMP. 250 MG	3	
MYSOLINE COMP. 50 MG	3	
NEURONTIN SOL. 250/5 ML	3	
primidona comp. 250 mg	1	BC
primidona comp. 50 mg	1	BC
SABRIL POLVO 500 MG	4	
SABRIL COMP. 500 MG	4	
valproato iny. 100 mg/ml	1	BC B/D
valproico, ácido, cáp. 250 mg	1	BC
valproico, ácido, jarabe 250/5 ml	1	BC
Agentes reductores de glutamato		
FELBATOL SUSP. 600/5 ML	3	
FELBATOL COMP. 400 MG	3	
FELBATOL COMP. 600 MG	3	
LAMICTAL COMP. 100 MG	3	
LAMICTAL COMP. 150 MG	3	
LAMICTAL COMP. 200 MG	3	
LAMICTAL COMP. 25 MG	3	
LAMICTAL MASTICABLE 25 MG	3	
LAMICTAL MASTICABLE 5 MG	3	
lamotrigina mastic. de 25 mg	1	BC
lamotrigina comp. 100 mg	1	BC
lamotrigina comp. 150 mg	1	BC
lamotrigina comp. 200 mg	1	BC
lamotrigina comp. 25 mg	1	BC
TOPAMAX COMP. 100 MG	3	
TOPAMAX COMP. 200 MG	3	
TOPAMAX COMP. 25 MG	3	
TOPAMAX COMP. 50 MG	3	
TOPAMAX SPR CÁP. 15 MG	3	
TOPAMAX SPR CÁP. 25 MG	3	
topiramato cáp. 15 mg	1	BC
topiramato cáp. 25 mg	1	BC
topiramato comp. 100 mg	1	BC
topiramato comp. 200 mg	1	BC
Inhibidores de los canales de sodio		
carbamazepina masticable 100 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
carbamazepina susp. 100/5 ml	1	BC
carbamazepina comp. 200 mg	1	BC
carbamazepina comp. 200 mg lib. prol.	1	BC
carbamazepina comp. 400 mg de lib. prol.	1	BC
CARBATROL CÁP. 100 MG	3	
CARBATROL CÁP. 200 MG	3	
CARBATROL CÁP. 300 MG	3	
DILANTIN CÁP. 100 MG	3	
DILANTIN CÁP. 30 MG	3	
DILANTIN-125 SUSP. 125/5 ML	3	
DILANTIN MASTICABLE 50 MG	2	
fosfenitoína iny. 100/2 ml	3	B/D
oxcarbazepina susp. 300 mg/5 m	1	BC
oxcarbazepina comp. 150 mg	1	BC
oxcarbazepina comp. 300 mg	1	BC
oxcarbazepina comp. 600 mg	1	BC
PEGANONE COMP. 250 MG	3	
fenitoína susp. 125/5 ml	1	BC
fenitoína iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
fenitoína cáp. ex 100 mg	1	BC
fenitoína cáp. ex 200 mg	1	BC
fenitoína ex cáp. 300 mg	1	BC
TEGRETOL MASTIC. 100 MG	3	
TEGRETOL SUSP. 100/5 ML	3	
TEGRETOL COMP. 200 MG	3	
TEGRETOL XR COMP. 100 MG	3	
TEGRETOL XR COMP. 200 MG	3	
TEGRETOL XR COMP. 400 MG	3	
TRILEPTAL SUSP. 300 MG/5M	3	
TRILEPTAL COMP. 150 MG	3	
TRILEPTAL COMP. 300 MG	3	
TRILEPTAL COMP. 600 MG	3	
Agentes contra la demencia		
Agentes contra la demencia, otros		
ergoloide, mesilato, comp. 1 mg oral	1	BC
Inhibidores de la colinesterasa		
donepezil comp. 10 mg	1	LC (30/30) BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
donepezil comp. 5 mg	1	LC (60/30) BC
donepezil comp. 10 mg comp. de dis. oral	1	LC (30/30) BC
donepezil comp. 5 mg des. oral	1	LC (60/30) BC
EXELON DIS. 4,6 MG/24	3	
EXELON DIS. 9,5 MG/24	3	
EXELON SOL. 2 MG/ML	3	
galantamina sol. 4 mg/ml	1	BC
galantamina comp. 12 mg	1	BC
galantamina comp. 4 mg	1	BC
galantamina comp. 8 mg	1	BC
rivastigmina cáp. 1,5 mg	1	LC (60/30) BC
rivastigmina cáp. 3 mg	1	LC (60/30) BC
rivastigmina cáp. 4,5 mg	1	LC (60/30) BC
rivastigmina cáp. 6 mg	1	LC (60/30) BC
Modificadores de la ruta de glutamato		
NAMENDA SOL. 10 MG/5 ML	2	
NAMENDA COMP. 10 MG	2	
NAMENDA COMP. 5 MG	2	
NAMENDA COMP. 5-10 MG	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
budeprion xl comp. 150 mg	1	LC (90/30) BC
budeprion xl comp. 300 mg	1	LC (30/30) BC
bupropión comp. 100 mg	1	BC
bupropion comp. 75 mg	1	BC
bupropión comp. 100 mgde lib. sost.	1	LC (60/30) BC
bupropion comp. 150 mg de lib. sost.	1	LC (60/30) BC
bupropion comp. 200 mg de lib. sost.	1	LC (60/30) BC
mirtazapina comp. 15 mg	1	BC
mirtazapina comp. 30 mg	1	BC
mirtazapina comp. 45 mg	1	BC
mirtazapina comp. 7,5 mg	1	BC
mirtazapina comp. 15 mgdes. oral	1	BC
mirtazapina comp. 30 mg des. oral	1	BC
mirtazapina comp. 45 mg des. oral	1	BC
NEFAZODONE COMP. 100 MG	2	
NEFAZODONE COMP. 150 MG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NEFAZODONE COMP. 200 MG	2	
NEFAZODONE COMP. 250 MG	2	
NEFAZODONE COMP. 50 MG	2	
trazodona comp. 100 mg	1	BC
trazodona comp. 150 mg	1	BC
trazodona comp. 300 mg	1	BC
trazodona comp. 50 mg	1	BC
Inhibidores de la monoamino oxidasa		
EMSAM DIS 12 MG/24 H	3	
EMSAM DIS 6 MG/24 H	3	
EMSAM DIS 9 MG/24 H	3	
MARPLAN COMP. 10 MG	3	
NARDIL COMP. 15 MG	2	
fenelcina comp. 15 mg	1	BC
tranilcipromina comp. 10 mg	1	BC
Inhibidores de la recaptación de la serotonina/norepinefrina		
citalopram sol. 10 mg/5 ml	1	BC
citalopram comp. 10 mg	1	BC
citalopram comp. 20 mg	1	BC
citalopram comp. 40 mg	1	BC
CYMBALTA CÁP. 20 MG	3	LC (60/30) TP
CYMBALTA CÁP. 30 MG	3	LC (60/30) TP
CYMBALTA CÁP. 60 MG	3	LC (30/30) TP
fluoxetina cáp. 10 mg	1	BC
fluoxetina cáp. 20 mg	1	BC
fluoxetina cáp. 40 mg	1	BC
fluoxetina sol. 20 mg/5 ml	1	BC
fluoxetina comp. 10 mg	1	BC
fluoxetina comp. 20 mg	1	BC
fluvoxamina comp. 100 mg	1	BC
fluvoxamina comp. 25 mg	1	BC
fluvoxamina comp. 50 mg	1	BC
LEXAPRO SOL. 5 MG/5 ML	2	TP
LEXAPRO COMP. 10 MG	2	TP
LEXAPRO COMP. 20 MG	2	TP
LEXAPRO COMP. 5 MG	2	TP
paroxetina comp. 12,5 mg de lib. prol.	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
paroxetina comp. 25 mg de lib. prol.	1	BC
PRISTIQ COMP. 100 MG	3	LC (30/30) AP
PRISTIQ COMP. 50 MG	3	LC (30/30) AP
sertralina con. 20 mg/ml	1	BC
sertralina comp. 100 mg	1	BC
sertralina comp. 25 mg	1	BC
sertralina comp. 50 mg	1	BC
venlafaxina comp. 100 mg	1	BC
venlafaxina comp. 25 mg	1	BC
venlafaxina comp. 37,5 mg	1	BC
venlafaxina comp. 50 mg	1	BC
venlafaxina comp. 75 mg	1	BC
venlafaxina cáp. 150 mg lib. prol.	1	LC (30/30) BC
venlafaxina cáp. 37,5 mg de lib. prol	1	LC (30/30) BC
venlafaxina cáp. 75 mg de lib. prol.	1	LC (30/30) BC
venlafaxina comp. 150 mg lib. prol.	1	LC (30/30) BC
venlafaxina comp. 225 mg de lib. prol.	1	LC (30/30) BC
venlafaxina comp. 37,5 de lib. prol.	1	LC (30/30) BC
venlafaxina comp. 75 mglib. prol.	1	LC (30/30) BC
Tricíclicos		
amitriptilina comp. 100 mg	1	BC
amitriptilina comp. 10 mg	1	BC
amitriptilina comp. 150 mg	1	BC
amitriptilina comp. 25 mg	1	BC
amitriptilina comp. 50 mg	1	BC
amitriptilina comp. 75 mg	1	BC
AMOXAPINE COMP. 100 MG	2	
AMOXAPINE COMP. 150 MG	2	
AMOXAPINE COMP. 25 MG	2	
AMOXAPINE COMP. 50 MG	2	
clomipramina cáp. 25 mg	1	BC
clomipramina cáp. 50 mg	1	BC
clomipramina cáp. 75 mg	1	BC
desipramina comp. 100 mg	1	BC
desipramina comp. 10 mg	1	BC
desipramina comp. 150 mg	1	BC
desipramina comp. 25 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
desipramina comp. 50 mg	1	BC
desipramina comp. 75 mg	1	BC
clorhidrato de doxepina, cáp. 100 mg	1	BC
clorhidrato de doxepina cáp. 50 mg	1	BC
clorhidrato de doxepina cáp. 75 mg	1	BC
clorhidrato de doxepina con. 10 mg/ml	1	BC
clorhidrato de imipramina comp. 10 mg	1	BC
clorhidrato de imipramina comp. 25 mg	1	BC
clorhidrato de imipramina comp. 50 mg	1	BC
MAPROTILINE COMP. 25 MG	2	
MAPROTILINE COMP. 50 MG	2	
MAPROTILINE COMP. 75 MG	2	
nortriptilina comp. 10 mg	1	BC
nortriptilina comp. 25 mg	1	BC
nortriptilina comp. 50 mg	1	BC
nortriptilina cáp. 75 mg	1	BC
nortriptilina sol. 10 mg/5 ml	1	BC
PERFEN./AMIT COMP. 2-10 MG	2	
PERFEN./AMIT COMP. 4-10 MG	2	
PERFEN./AMIT COMP. 2-25 MG	2	
PERFEN./AMIT COMP. 4-25 MG	2	
PERFEN./AMIT COMP. 4-50 MG	2	
protriptilina comp. 10 mg	3	
protriptilina comp. 5 mg	3	
SURMONTIL CÁP. 100 MG	3	
SURMONTIL CÁP. 25 MG	3	
SURMONTIL CÁP. 50 MG	3	
Antídotos, agentes disuasivos y toxicológicos		
Antídotos		
CUPRIMINE CÁP. 250 MG	2	
EXJADE COMP. 125 MG	3	
EXJADE COMP. 250 MG	4	
EXJADE COMP. 500 MG	4	
kionex polvo usp	1	BC
RELISTOR INY. 12/0,6 ML	3	AP
sulfonato de poliestireno sódico polvo	1	BC
SYPRINE CÁP. 250 MG	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes disuasivos		
ANTABUSE COMP. 250 MG	2	
ANTABUSE COMP. 500 MG	2	
buproban comp. 150 mg	1	BC
CAMPRAL COMP. 333 MG	3	LC (180/30) AP
CHANTIX PAK 0,5 Y 1 MG	3	LC (106/365)
CHANTIX COMP. 0,5 MG	3	LC (360/365)
CHANTIX COMP. 1 MG	3	LC (360/365)
NICOTROL INHALADOR	3	LC (3024/365)
NICOTROL ATOM. NAS. 10 MG/ML	2	LC (1440/365)
Agentes toxicológicos		
buprenorfina sublingual de 2 mg	3	AP
buprenorfina subling. 8 mg	3	AP
NALOXONA INY. 0,4 MG/ML	2	B/D
naloxona iny. 1 mg/ml	1	BC B/D
naltrexona comp. 50 mg	1	BC
SUBOXONE SUBLING. 2-0,5 MG	3	LC (90/30) AP
SUBOXONE SUBLING. 8-2 MG	3	LC (90/30) AP
VIVITROL INY. 380 MG	4	AP B/D
Antieméticos		
Antieméticos		
ALOXI INY. 0,25 MG/5	3	AP B/D
ANZEMET COMP. 100 MG	3	LC (4/30) AP B/D
ANZEMET COMP. 50 MG	3	LC (4/30) AP B/D
dronabinol cáp. 10 mg	3	LC (60/30) AP B/D
dronabinol cáp. 2,5 mg	3	LC (240/30) AP B/D
dronabinol cáp. 5 mg	3	LC (120/30) AP B/D
EMEND PAK 80 Y 125	2	LC (12/30) AP B/D
EMEND CÁP. 125 MG	2	AP B/D
EMEND CÁP. 40 MG	2	AP B/D
EMEND CÁP. 80 MG	2	AP B/D
EMEND SOL. 115 MG	3	LC (4/30) AP B/D
granisetrón iny. 0,1 mg/ml	3	B/D
granisetrón iny. 1 mg/ml	3	B/D
granisetrón comp. 1 mg	1	LC (60/30) BC B/D
metoclopramida sol. 5 mg/5 ml	1	BC
metoclopramida iny. 5 mg/ml	1	BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
metoclopramida comp. 10 mg	1	BC
metoclopramida comp. 5 mg	1	BC
ondansetrón iny. 4 mg/2 ml	1	BC B/D
ondansetrón comp. 24 mg	1	LC (30/30) BC B/D
ondansetrón comp. 4 mg	1	LC (90/30) BC B/D
ondansetrón comp. 8 mg	1	LC (90/30) BC B/D
ondansetrón comp. 4 mg des. oral	1	LC (90/30) BC B/D
ondansetrón comp. 8 mg des. oral	1	LC (90/30) BC B/D
proclorperazina sup. 25 mg	1	BC
prometazina iny. 25 mg/ml	1	BC B/D
prometazina iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
prometazina sup. 12,5 mg	1	BC
prometazina sup. 25 mg	1	BC
prometazina jarabe 6,25/5 ml	1	BC
prometazina comp. 12,5 mg	1	BC
prometazina comp. 25 mg	1	BC
prometazina comp. 50 mg	1	BC
Antimicóticos		
Antimicóticos		
AMPHOTEC INY. 50 MG	3	B/D
ANFOTERICINA INY. 50 MG	2	B/D
ANCOBON CÁP. 250 MG	3	
ANCOBON CÁP. 500 MG	3	
ciclopiroxolamina gel al 0,77 %	1	BC
ciclopiroxolamina champú al 1 %	1	BC
ciclopiroxolamina susp. al 0,77 %	1	BC
ciclopiroxolamina sol. al 8 %	1	BC
ciclopiroxolamina crema al 0,77 %	1	BC
clotrimazol past. 10 mg	1	BC
clotrimazol/betametasona crema dipropionato	1	BC
clotrimazol/betametasona loción dipropionato	1	BC
DIFLUCAN/ INY. NACL 200	2	B/D
econazol crema al 1 %	1	BC
ERAXIS INY. 100 MG	4	B/D
fluconazol susp. 10 mg/ml	1	BC
fluconazol susp. 40 mg/ml	1	BC
fluconazol comp. 100 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
fluconazol comp. 150 mg	1	BC
fluconazol comp. 200 mg	1	BC
fluconazol comp. 50 mg	1	BC
griseofulvina susp. 125/5 ml	1	BC
itraconazol cáp. 100 mg	3	
ketoconazol crema al 2 %	1	BC
ketoconazol champú al 2 %	1	BC
ketoconazol comp. 200 mg	1	BC
NOXAFIL SUSP. 40 MG/ML	3	AP
nistatina crema 100.000	1	BC
nistatina ungüento 100.000	1	BC
nistatina polvo 100.000	1	BC
nistatina susp. 100.000	1	BC
nistatina comp. 500.000	1	BC
sulfuro de selenio champú al 2,5 %	1	BC
SPORANOX SOL. 10 MG/ML	3	
terbinafina comp. 250 mg	1	LC (90/365) BC
terconazol crema 0,4 %	1	BC
terconazol crema 0,8 %	1	BC
terconazol sup. 80 mg	1	BC
VFEND SUSP. 40 MG/ML	3	AP
VFEND COMP. 200 MG	3	LC (60/30) AP
VFEND COMP. 50 MG	3	LC (60/30) AP
voriconazol comp. 200 mg	3	LC (60/30) AP
voriconazol comp. 50 mg	3	LC (60/30) AP
Agentes antigota		
Agentes antigota		
alopurinol comp. 100 mg	1	BC
alopurinol comp. 300 mg	1	BC
COLCRYS COMP. 0,6 MG	2	
probenecid comp. 500 mg	1	BC
probenecid/colchicina comp. 500-0,5	1	BC
ULORIC COMP. 40 MG	3	LC (30/30) AP
ULORIC COMP. 80 MG	3	LC (30/30) AP
Agentes antimigraña		
Abortivos		
CAFERGOT COMP. 1-100 MG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
dihidroergotamina iny 1 mg/ml	1	BC B/D
ergotamina/cafeína comp. 1/100	1	BC
MAXALT COMP. 10 MG	2	LC (18/30)
MAXALT COMP. 5 MG	2	LC (18/30)
MAXALT-MLT COMP. 10 MG	2	LC (18/30)
MAXALT-MLT COMP. 5 MG	2	LC (18/30)
MIGRANAL ATOM. 4 MG/ML	3	
naratriptán comp. 1 mg	1	LC (18/30) BC
naratriptán comp. 2,5 mg	1	LC (18/30) BC
RELPAX COMP. 20 MG	3	LC (18/30) TP
RELPAX COMP. 40 MG	3	LC (18/30) TP
SUMATRIPTAN ATOM. 20 MG/ACT	2	LC (6/30)
SUMATRIPTAN INY. 4 MG/0,5	2	LC (4/30)
sumatriptán iny. 6 mg/0,5	1	LC (5/30) BC
sumatriptano comp. 100 mg	1	LC (18/30) BC
sumatriptán comp. 25 mg	1	LC (18/30) BC
sumatriptán comp. 50 mg	1	LC (18/30) BC
Medicamentos profilácticos		
divalproex comp. 500 mg de lib. lenta	1	BC
divalproex comp. 500 mg de lib. prol.	1	BC
propranolol comp. 10 mg	1	BC
propranolol comp. 20 mg	1	BC
propranolol comp. 40 mg	1	BC
propranolol comp. 60 mg	1	BC
TIMOLOL MAL COMP. 10 MG	2	
TIMOLOL MAL COMP. 20 MG	2	
TIMOLOL MAL COMP. 5 MG	2	
topiramato comp. 25 mg	1	BC
topiramato comp. 50 mg	1	BC
Agentes antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
GUANIDINA COMP. 125 MG	2	
MESTINON JARABE 60 MG/5 ML	2	
piridostigmina comp. 60 mg	1	BC
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales, otros		
DAPSONE COMP. 100 MG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DAPSONE COMP. 25 MG	2	
MYCOBUTIN CÁP. 150 MG	2	
Antituberculosos		
CAPASTAT SULF. INY. 1 G	3	B/D
etambutol comp. 100 mg	1	BC
etambutol comp. 400 mg	1	BC
ISONIAZID INY. 100 MG/ML	2	B/D
ISONIAZID JARABE 50 MG/5 ML	2	
isoniazida comp. 100 mg	1	BC
isoniazida comp. 300 mg	1	BC
PASER GRANULADO 4 G	3	
PRIFTIN COMP. 150 MG	2	
pirazinamida comp. 500 mg	1	BC
rifampina cáp. 150 mg	1	BC
rifampina cáp. 300 mg	1	BC
rifampina iny. 600 mg	1	BC B/D
SEROMYCIN CÁP. 250 MG	3	
TRECATOR COMP. 250 MG	3	
Antineoplásticos		
Agentes alquilantes		
CEENU CÁP. 100 MG	3	
CEENU CÁP. 10 MG	3	
CEENU CÁP. 40 MG	3	
HEXALEN CÁP. 50 MG	4	
LEUKERAN COMP. 2 MG	2	
MATULANE CÁP. 50 MG	4	
Agentes antiangiogénicos		
REVLIMID CÁP. 10 MG	4	DL
REVLIMID CÁP. 15 MG	4	DL
REVLIMID CÁP. 25 MG	4	DL
REVLIMID CÁP. 5 MG	4	DL
THALOMID CÁP. 100 MG	4	
THALOMID CÁP. 150 MG	4	
THALOMID CÁP. 200 MG	4	
THALOMID CÁP. 50 MG	4	
VOTRIENT COMP. 200 MG	4	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Antiestrogénicos/modificadores		
EMCYT CÁP. 140 MG	3	
FARESTON CÁP. 60 MG	3	
FASLODEX INY. 250 MG	4	B/D
tamoxifeno comp. 10 mg	1	BC
tamoxifeno comp. 20 mg	1	BC
Antimetabolitos		
cladribina iny. 1 mg/ml	3	B/D
ELITEK INY. 1,5 MG	4	B/D
fludarabina iny. 50 mg/2 ml	3	B/D
fludarabina iny. 50 mg	3	B/D
hydroxiurea cáp. 500 mg	1	BC
mercaptopurina comp. 50 mg	1	BC
TABLOID COMP. 40 MG	3	
XELODA COMP. 150 MG	3	LC (90/15)
XELODA COMP. 500 MG	4	
Antineoplásticos		
MYLERAN COMP. 2 MG	2	
Antineoplásticos, otros		
ALIMTA INY. 500 MG	4	AP B/D
amifostina iny. 500 mg	4	AP B/D
bleomicina iny. 30 unidades	3	B/D
CYCLOPHOSPH INY. 1 G	2	B/D
CYCLOPHOSPH INY. 500 MG	2	B/D
CYCLOPHOSPH COMP. 25 MG	2	B/D
CYCLOPHOSPH COMP. 50 MG	2	B/D
DAUNOXOME INY. 2 MG/ML	4	AP B/D
epirubicina iny. 50/25 ml	3	B/D
etoposida iny. 20 mg/ml	3	B/D
FIRMAGON INY. 120 MG	2	B/D
FIRMAGON INY. 80 MG	3	B/D
leucovorina cálcica iny. 100 mg	1	BC B/D
leucovorina cálcica iny. 350 mg	1	BC B/D
leucovorina cálcica comp. 25 mg	1	BC B/D
leucovorina cálcica comp. 5 mg	1	BC B/D
mesna iny. 1 g	1	BC B/D
mitoxantrona iny. 2 mg/ml	1	BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROLEUKIN INY. 22 MU	3	B/D
VELCADE INY 3,5 MG	4	B/D
VIDAZA INY. 100 MG	4	B/D
ZOLINZA CÁP 100 MG	4	
Inhibidores de aromatasa, 3ª generación		
anastrozol comp. 1 mg	1	BC
AROMASIN COMP. 25 MG	3	
FEMARA COMP. 2,5 MG	3	
Inhibidores de dianas moleculares		
AFINITOR COMP. 10 MG	4	LC (30/30) AP
AFINITOR COMP. 2,5 MG	4	LC (30/30) AP
AFINITOR COMP. 5 MG	4	LC (30/30) AP
GLEEVEC COMP. 100 MG	4	
GLEEVEC COMP. 400 MG	4	
IRESSA COMP. 250 MG	4	
NEXAVAR COMP. 200 MG	4	DL
SPRYCEL COMP. 100 MG	4	
SPRYCEL COMP. 140 MG	4	
SPRYCEL COMP. 20 MG	4	
SPRYCEL COMP. 50 MG	4	
SPRYCEL COMP. 70 MG	4	
SPRYCEL COMP. 80 MG	4	
SUTENT CÁP. 12,5 MG	4	
SUTENT CÁP. 25 MG	4	
SUTENT CÁP. 50 MG	4	
TARCEVA COMP. 100 MG	4	
TARCEVA COMP. 150 MG	4	
TARCEVA COMP. 25 MG	4	
TASIGNA CÁP. 200 MG	4	
TYKERB COMP. 250 MG	4	
Anticuerpos monoclonales		
ARZERRA CON. 100/5 ML	4	AP B/D
AVASTIN INY.	4	AP B/D
CAMPATH INY. 30 MG/ML	4	AP B/D
RITUXAN INY. 500 MG	4	AP B/D
Retinoides		
PANRETIN GEL AL 0,1 %	4	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TARGRETIN CÁP. 75 MG	4	
TARGRETIN GEL AL 1 %	4	
TRETINOIN CÁP. 10 MG	4	
Antiparasitarios		
Antelminticos		
ALBENZA COMP. 200 MG	3	
MEBENDAZOLE MASTIC. 100 MG	2	
Antiprotozoarios		
cloroquina comp. 250 mg	1	BC
cloroquina comp. 500 mg	1	BC
DARAPRIM COMP. 25 MG	2	
hidroxicloriquina comp. 200 mg	1	BC
mefloquina comp. 250 mg	1	BC
MEPRON SUSP.	2	
NEBUPENT INH. 300 MG	3	B/D
PENTAM 300 INY. 300 MG	3	B/D
PRIMAQUINA COMP. 26,3 MG	2	
Pediculicidas/Escabicidas		
lindano loción al 1 %	1	BC
LINDANE CHAMPÚ AL 1 %	2	
malatión loción al 0,5 %	1	BC
permetrín crema al 5 %	1	BC
permetrín loción al 1 %	1	BC
Agentes antipárkinson		
Agentes antipárkinson		
amantadina cáp. 100 mg	1	BC
AMANTADINE COMP. 100 MG	2	
APOKYN INY.	3	AP
benztropina comp. 0,5 mg	1	BC
benztropina comp. 1 mg	1	BC
benztropina comp. 2 mg	1	BC
bromocriptina cáp. 5 mg	1	BC
bromocriptina comp. 2,5 mg	1	BC
carbidopa/levodopa comp. 10-100 mg	1	BC
carbidopa/levodopa comp. 25-100 mg	1	BC
carbidopa/levodopa comp. 25-250 mg	1	BC
carbidopa/levodopa comp. de lib. prol. 25-100 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
carbidopa/levodopa comp. de lib. sost. 50-200 mg	1	BC
COMTAN COMP. 200 MG	2	
pramipexol comp. 0,125 mg	1	BC
pramipexol comp. 0,25 mg	1	BC
pramipexol comp. 0,5 mg	1	BC
pramipexol comp. 0,75 mg	1	BC
pramipexol comp. 1,5 mg	1	BC
pramipexol comp. 1 mg	1	BC
ropinirol comp. 0,25 mg	1	BC
ropinirol comp. 0,5 mg	1	BC
ropinirol comp. 1 mg	1	BC
ropinirol comp. 2 mg	1	BC
ropinirol comp. 3 mg	1	BC
ropinirol comp. 4 mg	1	BC
ropinirol comp. 5 mg	1	BC
selegilina cáp. 5 mg	1	BC
selegilina comp. 5 mg	1	BC
STALEVO 100 COMP.	3	
STALEVO 125 COMP.	3	
STALEVO 150 COMP.	3	
STALEVO 200 COMP.	3	
STALEVO 50 COMP.	3	
STALEVO 75 COMP.	3	
TASMAR COMP. 100 MG	3	
trihexifenidilo elixir 0,4 mg/ml	1	BC
trihexifenidilo comp. 2 mg	1	BC
trihexifenidilo comp. 5 mg	1	BC
Antipsicóticos		
Atípicos		
ABILIFY SOL. 1 MG/ML	3	
ABILIFY INY. 9,75 MG	3	B/D
ABILIFY COMP. 15 MG	3	
ABILIFY COMP. 20 MG	3	
ABILIFY COMP. 30 MG	3	
ABILIFY DISC COMP. 15 MG	3	
clozapina comp. 100 mg	1	BC
clozapina comp. 200 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
clozapina comp. 25 mg	1	BC
clozapina comp. 50 mg	1	BC
FANAPT COMP. 10 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 12 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 1 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 2 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 4 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 6 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT COMP. 8 MG	3	LC (60/30) TP
FANAPT PAK	3	LC (8/365) TP
FAZACLO COMP. 100 MG	3	
FAZACLO COMP. 12,5 MG	3	
FAZACLO COMP. 150 MG	3	
FAZACLO COMP. 200 MG	3	
FAZACLO COMP. 25 MG	3	
GEODON CÁP. 20 MG	2	
GEODON CÁP. 40 MG	2	
GEODON CÁP. 60 MG	2	
GEODON CÁP. 80 MG	2	
GEODON INY. 20 MG	2	B/D
INVEGA COMP. 1,5 MG	3	TP
INVEGA COMP. 3 MG	3	TP
INVEGA COMP. 6 MG	3	TP
INVEGA COMP. 9 MG	3	TP
INVEGA SUST. INY. 117/0,75	4	TP B/D
INVEGA SUST. INY. 156 MG/ML	4	TP B/D
INVEGA SUST INY. 234/1,5	4	TP B/D
INVEGA SUST INY. 39/0,25	3	TP B/D
INVEGA SUST. INY. 78/0,5 ML	3	TP B/D
LATUDA COMP. 40 MG	3	LC (30/30) TP
LATUDA COMP. 80 MG	3	LC (30/30) TP
RISPERDAL INY. 25 MG	3	B/D
RISPERDAL INY. 37,5 MG	4	B/D
RISPERDAL INY. 50 MG	4	B/D
risperidona sol. 1 mg/ml	1	BC
risperidona comp. 0,25 mg	1	BC
risperidona comp. 0,5 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
risperidona comp. 1 mg	1	BC
risperidona comp. 2 mg	1	BC
risperidona comp. 3 mg	1	BC
risperidona comp. 4 mg	1	BC
RISPERIDONA COMP. 0,25 DIS. ORAL	3	
risperidona comp. 0,5 mg des. oral	3	
risperidona comp. 2 mg des. oral	3	
risperidona comp. 3 mg des. oral	3	
risperidona comp. 4 mg des. oral	3	
SAPHRIS SUBLING. 10 MG	3	LC (60/30) TP
SAPHRIS SUBLING. 5 MG	3	LC (60/30) TP
SEROQUEL COMP. 100 MG	2	
SEROQUEL COMP. 200 MG	2	
SEROQUEL COMP. 25 MG	2	
SEROQUEL COMP. 300 MG	2	
SEROQUEL COMP. 400 MG	2	
SEROQUEL COMP. 50 MG	2	
ZYPREXA INY. 10 MG	3	B/D
ZYPREXA COMP. 10 MG	2	
ZYPREXA COMP. 15 MG	2	
ZYPREXA COMP. 2,5 MG	2	
ZYPREXA COMP. 20 MG	2	
ZYPREXA COMP. 5 MG	2	
ZYPREXA COMP. 7,5 MG	2	
ZYPREXA ZYDI COMP. 10 MG	2	LC (30/30)
ZYPREXA ZYDI COMP. 15 MG	2	LC (30/30)
ZYPREXA ZYDI COMP. 20 MG	2	LC (30/30)
ZYPREXA ZYDI COMP. 5 MG	2	LC (30/30)
Convencional		
CLORPROMACINA INY. 25 MG/ML	2	B/D
clorpromacina comp. 100 mg	1	BC
clorpromacina comp. 10 mg	1	BC
clorpromacina comp. 200 mg	1	BC
clorpromacina comp. 25 mg	1	BC
clorpromacina comp. 50 mg	1	BC
flufenacina de. iny. 25 mg/ml	1	BC B/D
FLUFENACINA CON. 5 MG/ML	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUFENACINA ELIXIR 2,5/5 ML	2	
FLUFENACINA INY. 2,5 MG/ML	2	B/D
flufenazina comp. 10 mg	1	BC
flufenazina comp. 1 mg	1	BC
flufenazina comp. 2,5 mg	1	BC
flufenacina comp. 5 mg	1	BC
haloperidol con. 2 mg/ml	1	BC
haloperidol comp. 0,5 mg	1	BC
haloperidol comp. 10 mg	1	BC
haloperidol comp. 1 mg	1	BC
haloperidol comp. 20 mg	1	BC
haloperidol comp. 2 mg	1	BC
haloperidol comp. 5 mg	1	BC
haloperidol dec. iny. 100 mg/ml	1	BC B/D
haloperidol dec. iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
haloperidol lac. iny. 5 mg/ml	1	BC B/D
loxapina cáp. 10 mg	1	BC
loxapina cáp. 25 mg	1	BC
loxapina cáp. 50 mg	1	BC
loxapina cáp. 5 mg	1	BC
ORAP COMP. 1 MG	2	
ORAP COMP. 2 MG	2	
perfenazina comp. 16 mg	1	BC
perfenazina comp. 2 mg	1	BC
perfenazina comp. 4 mg	1	BC
perfenazina comp. 8 mg	1	BC
proclorperazina iny. 5 mg/ml	1	BC B/D
proclorperazina comp. 10 mg	1	BC
proclorperazina comp. 5 mg	1	BC
tioridazina comp. 100 mg	1	BC
tioridazina comp. 10 mg	1	BC
tioridazina comp. 25 mg	1	BC
tioridazina comp. 50 mg	1	BC
tiotixeno cáp. 10 mg	1	BC
tiotixeno cáp. 1 mg	1	BC
tiotixeno cáp. 2 mg	1	BC
tiotixeno cáp. 5 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
trifluoperazina comp. 10 mg	1	BC
trifluoperazina comp. 1 mg	1	BC
trifluoperazina comp. 2 mg	1	BC
trifluoperazina comp. 5 mg	1	BC
Agentes antiespasticidad		
Agentes antiespasticidad		
baclofeno comp. 10 mg	1	BC
baclofeno comp. 20 mg	1	BC
tizanidina comp. 2 mg	1	BC
tizanidina comp. 4 mg	1	BC
Antivirales		
Agentes anticitomegalovirus (CMV)		
GANCICLOVIR CÁP. 500 MG	4	
ganciclovir iny. 500 mg	3	B/D
VALCYTE SOL. 50 MG/ML	4	AP
VALCYTE COMP. 450 MG	4	AP
Agentes contra el VIH, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa		
INTELENCE COMP. 200 MG	4	
RESCRIPTOR COMP. 100 MG	2	
RESCRIPTOR COMP. 200 MG	2	
SUSTIVA CÁP. 200 MG	2	
SUSTIVA CÁP. 50 MG	2	
SUSTIVA COMP. 600 MG	2	
VIRAMUNE SUSP. 50 MG/5 ML	3	
VIRAMUNE COMP. 200 MG	3	
Agentes contra el VIH, inhibidores nucleósidos y nucleóticos de la transcriptasa inversa		
ATRIPLA COMP.	4	
COMBIVIR COMP.	4	
didanosina cáp. 125 mg	1	BC
didanosina cáp. 200 mg	1	BC
didanosina cáp. 250 mg	1	BC
didanosina cáp. 400 mg	1	BC
EMTRIVA CÁP. 200 MG	3	
EMTRIVA SOL. 10 MG/ML	3	
EPIVIR SOL. 10 MG/ML	2	
EPIVIR COMP. 150 MG	2	
EPIVIR COMP. 300 MG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EPIVIR HBV SOL. 5 MG/ML	2	
EPIVIR HBV COMP. 100 MG	2	
EPZICOM COMP.	4	
INTELENCE COMP. 100 MG	4	
RETROVIR INY. 10 MG/ML	3	B/D
stavudina cáp. 15 mg	1	BC
stavudina cáp. 20 mg	1	BC
stavudina cáp. 30 mg	1	BC
stavudina cáp. 40 mg	1	BC
stavudina sol. 1 mg/ml	1	BC
TRIZIVIR COMP.	4	
TRUVADA COMP.	4	
VIDEX SOL. 2 G	2	
VIREAD COMP. 300 MG	4	
ZIAGEN SOL. 20 MG/ML	3	
ZIAGEN COMP. 300 MG	3	
zidovudina cáp. 100 mg	1	BC
zidovudina jarabe 50 mg/5ml	1	BC
zidovudina comp. 300 mg	1	BC
Agentes contra el VIH, otros		
FUZEON KIT	4	
ISENTRESS COMP. 400 MG	4	
SELZENTRY COMP. 150 MG	4	
SELZENTRY COMP. 300 MG	4	
Agentes contral el VIH, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS CÁP. 250 MG	4	
APTIVUS SOL.	4	
CRIXIVAN CÁP. 100 MG	2	
CRIXIVAN CÁP. 200 MG	2	
CRIXIVAN CÁP. 400 MG	2	
INVIRASE CÁP. 200 MG	3	
INVIRASE COMP. 500 MG	4	
KALETRA SOL.	4	
KALETRA COMP. 100-25 MG	3	
KALETRA COMP. 200-50 MG	4	
LEXIVA SUSP. 50 MG/ML	3	
LEXIVA COMP. 700 MG	4	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NORVIR CÁP. 100 MG	3	
NORVIR SOL. 80 MG/ML	3	
NORVIR COMP. 100 MG	3	
PREZISTA COMP. 150 MG	3	
PREZISTA COMP. 400 MG	4	
PREZISTA COMP. 600 MG	4	
PREZISTA COMP. 75 MG	3	
REYATAZ CÁP. 100 MG	3	
REYATAZ CÁP. 150 MG	4	
REYATAZ CÁP. 200 MG	4	
REYATAZ CÁP. 300 MG	4	
VIRACEPT POLVO 50 MG/G	3	
VIRACEPT COMP. 250 MG	4	
VIRACEPT COMP. 625 MG	4	
Agentes antigripales		
RELENZA MIS DISKHALE	3	LC (40/180)
rimantadina comp. 100 mg	1	BC
TAMIFLU CÁP. 30 MG	3	LC (56/180)
TAMIFLU CÁP. 45 MG	3	LC (28/180)
TAMIFLU CÁP. 75 MG	3	LC (28/180)
TAMIFLU SUSP. 12 MG/ML	3	LC (175/180)
Agentes contra la hepatitis		
BARACLUDE COMP. 0,5 MG	2	
BARACLUDE COMP. 1 MG	4	
HEPSERA COMP. 10 MG	4	
PEGASYS KIT	4	
ribavirin cáp. 200 mg	3	
ribavirin comp. 200 mg	3	
TYZEKA COMP. 600 MG	4	LC (30/30)
Agentes antiherpéticos		
aciclovir cáp. 200 mg	1	BC
aciclovir susp. 200/5 ml	1	BC
aciclovir comp. 400 mg	1	BC
aciclovir comp. 800 mg	1	BC
aciclovir na iny. 500 mg	1	BC B/D
DENAVIR CREMA AL 1 %	2	
famciclovir comp. 125 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
famciclovir comp. 250 mg	1	BC
famciclovir comp. 500 mg	1	BC
valaciclovir comp. 1 g	1	BC
valaciclovir comp. 500 mg	1	BC
ZOVIRAX CREMA AL 5 %	3	
ZOVIRAX UNGÜENTO AL 5 %	3	
Ansiolíticos		
Antidepresivos		
clorhidrato de doxepina cáp. 10 mg	1	BC
clorhidrato de doxepina cáp. 25 mg	1	BC
paroxetina susp. 10 mg/5 ml	1	BC
paroxetina comp. 10 mg	1	BC
paroxetina comp. 20 mg	1	BC
paroxetina comp. 30 mg	1	BC
paroxetina comp. 40 mg	1	BC
Ansiolíticos, otros		
buspirona comp. 10 mg	1	BC
buspirona comp. 15 mg	1	BC
buspirona comp. 30 mg	1	BC
buspirona comp. 5 mg	1	BC
BUSPIRONA COMP. 7,5 MG	2	
meprobamato comp. 200 mg	1	BC
meprobamato comp. 400 mg	1	BC
Agentes contra la bipolaridad		
Agentes contra la bipolaridad		
ABILIFY COMP. 10 MG	3	
ABILIFY COMP. 2 MG	3	
ABILIFY COMP. 5 MG	3	
ABILIFY DISC COMP. 10 MG	3	
divalproex comp. 250 mg de lib. lenta	1	BC
divalproex comp. 250 mg de lib. lenta	1	BC
lamotrigina mastic. 5 mg	1	BC
carbonato de litio cáp. 150 mg	1	BC
carbonato de litio cáp. 300 mg	1	BC
carbonato de litio comp. 300 mg de lib prol.	1	BC
carbonato de litio comp. 450 mg lib. prol.	1	BC
LITHIUM CITR JARABE 8 MEQ/5 ML	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
risperidona comp. 1 mg des. oral	3	
Reguladores de glucosa en la sangre		
Agentes antidiabéticos		
acarbosa comp. 100 mg	1	BC
acarbosa comp. 25 mg	1	BC
acarbosa comp. 50 mg	1	BC
ACTOPLUS MET COMP. 15/500 MG	2	TP
ACTOPLUS MET COMP. 15/850 MG	2	TP
ACTOS COMP. 15 MG	2	TP
ACTOS COMP. 30 MG	2	TP
ACTOS COMP. 45 MG	2	TP
AVANDAMET COMP. 2-1000 MG	3	
AVANDAMET COMP. 4-1000 MG	3	
AVANDAMET COMP. 2-500 MG	3	
AVANDAMET COMP. 4-500 MG	3	
AVANDIA COMP. 2 MG	3	
AVANDIA COMP. 4 MG	3	
AVANDIA COMP. 8 MG	3	
BYETTA INY. 10 MCG	2	LC (2,4/30) TP
BYETTA INY. 5 MCG	2	LC (2,4/30) TP
DUETACT COMP. 30-2 MG	2	TP
DUETACT COMP. 30-4 MG	2	TP
glimepirida comp. 1 mg	1	BC
glimepirida comp. 2 mg	1	BC
glimepirida comp. 4 mg	1	BC
glipizida comp. 10 mg	1	BC
glipizida comp. 5 mg	1	BC
glipizida comp. de lib. prol. 10 mg	1	BC
glipizida comp. de lib. prol. 2,5 mg	1	BC
glipizida comp. 5 mg lib. prol.	1	BC
glipizida/metformina comp. 2,5-250 mg	1	BC
glipizida/metformina comp. 2,5-500 mg	1	BC
glipizida/metformina comp. 5-500 mg	1	BC
gliburida comp. 1,25 mg	1	BC
gliburida comp. 2,5 mg	1	BC
gliburida comp. 5 mg	1	BC
gliburida mcr. comp. 1,5 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
gliburida mcr. comp. 3 mg	1	BC
gliburida mcr comp. 6 mg	1	BC
gliburida/metformina comp. 1,25-250	1	BC
gliburida/metformina comp. 2,5-500	1	BC
gliburida/metformina comp. 5-500 mg	1	BC
JANUMET COMP. 50-1000	2	TP
JANUMET COMP. 50-500 MG	2	TP
JANUVIA COMP. 100 MG	2	TP
JANUVIA COMP. 25 MG	2	TP
JANUVIA COMP. 50 MG	2	TP
KOMBIGLYZE COMP. 2,5-1000	3	TP
KOMBIGLYZE COMP. 5-1000 MG	3	TP
KOMBIGLYZE COMP. 5-500 MG	3	TP
metformina comp. 1000 mg	1	BC
metformina comp. 500 mg	1	BC
metformina comp. 850 mg	1	BC
metformina comp. 500 mg lib. prol.	1	BC
metformina comp. 750 mg lib. prol.	1	BC
nateglinida comp. 120 mg	1	BC
nateglinida comp. 60 mg	1	BC
ONGLYZA COMP. 2,5 MG	3	LC (60/30) TP
ONGLYZA COMP. 5 MG	3	LC (60/30) TP
PRANDIMET COMP. 1-500 MG	3	TP
PRANDIMET COMP. 2-500 MG	3	TP
PRANDIN COMP. 0,5 MG	2	
PRANDIN COMP. 1 MG	2	
PRANDIN COMP. 2 MG	2	
SYMLIN INY. 600 MCG	2	AP
SYMLNPEN 120 INY. 1000 MCG	2	AP
SYMLINPEN 60 INY. 1000 MCG	2	AP
TOLBUTAMIDA COMP. 500 MG	2	
VICTOZA INY. 18 MG/3 ML	2	LC (9/30) TP
Agentes glucémicos		
GLUCAGON KIT 1 MG	2	
PROGLYCEM SUSP. 50 MG/ML	3	
Insulinas		
HUMALOG INY. 100/ML	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HUMALOG KWIK INY. 100/ML	3	
HUMALOG MIX INY. 50/50	3	
HUMALOG MIX INY. 50/50 KWP	3	
HUMALOG MIX SUSP. 75/25	3	
HUMALOG MIX INY. 75/25 KWP	3	
HUMULIN INY. 50/50	3	
HUMULIN INY. 70/30	3	
HUMULIN PEN INY. 70/30	3	
HUMULIN N INY. U-100	3	
HUMULIN N PN INY. U-100	3	
HUMULIN R INY. U-100	3	
HUMULIN R INY. U-500	3	
LANTUS INY. 100/ML	2	
LANTUS INY. SOLOSTAR	2	
LEVEMIR INY.	2	
LEVEMIR INY. FLEXPEN	2	
NOVOLIN INY. 70/30	2	
NOVOLIN 70/ INY. 30 INNLT	2	
NOVOLIN N INY. U-100	2	
NOVOLIN N INY. INNOLET	2	
NOVOLIN R INY. U-100	2	
NOVOLOG INY. 100/ML	2	
NOVOLOG INY. FLEXPEN	2	
NOVOLOG MIX INY. 70/30	2	
NOVOLOG MIX INY. FLEXPEN	2	
NOVOLOG INY. PENFILL	2	
RELION R INY. 100/ML	3	
Productos para la sangre/modificadores/expansores de volumen		
Anticoagulantes		
ARIXTRA SOL. 10/0,8	4	AP
ARIXTRA SOL. 2,5/0,5	3	AP
ARIXTRA SOL. 5,0/0,4	4	AP
ARIXTRA SOL. 7,5/0,6	4	AP
COUMADIN COMP. 10 MG	2	
COUMADIN COMP. 1 MG	2	
COUMADIN COMP. 2,5 MG	2	
COUMADIN COMP. 2 MG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COUMADIN COMP. 3 MG	2	
COUMADIN COMP. 4 MG	2	
COUMADIN COMP. 5 MG	2	
COUMADIN COMP. 6 MG	2	
COUMADIN COMP. 7,5 MG	2	
enoxaparina iny. 100 mg/ml	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 120/0,8	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 150 mg/ml	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 30/0,3 ml	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 40/0,4 ml	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 60/0,6 ml	3	LC (30/90)
enoxaparina iny. 80/0,8 ml	3	LC (30/90)
heparina sódica iny. 10.000/ml	1	BC B/D
heparina sódica iny. 1.000/ml	1	BC B/D
heparina sódica iny. 20.000/ml	1	BC B/D
heparina sódica iny. 5.000/ml	1	BC B/D
HEPARINA SÓDICA/NACL INY. 25.000 UNIDADES	2	B/D
heparina sódica/nacl iny. 2 unidad/ml	1	BC B/D
LOVENOX INY. 300/3 ML	3	LC (30/90)
warfarina comp. 10 mg	1	BC
warfarina comp. 1 mg	1	BC
warfarina comp. 2,5 mg	1	BC
warfarina comp. 2 mg	1	BC
warfarina comp. 3 mg	1	BC
warfarina comp. 4 mg	1	BC
warfarina comp. 5 mg	1	BC
warfarina comp. 6 mg	1	BC
warfarina comp. 7,5 mg	1	BC
Productos para la formación de sangre		
LEUKINE INY. 500 MCG	4	AP B/D
LEUKINE INY. 250 MCG	4	AP B/D
NEULASTA INY. 6 MG/0,6 M	4	B/D
NEUMEGA INY. 5 MG	4	AP B/D
NEUPOGEN INY. 300/0,5	4	B/D
NEUPOGEN INY. 480/0,8	4	B/D
NEUPOGEN INY. 480 MCG	4	B/D
PROCRIT INY. 10.000/ML	2	AP B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROCRIT INY. 20.000/ML	4	AP B/D
PROCRIT INY. 2.000/ML	2	LC (15/30) AP B/D
PROCRIT INY. 3.000/ML	2	LC (15/30) AP B/D
PROCRIT INY. 40.000/ML	4	AP B/D
PROCRIT INY. 4.000/ML	2	LC (15/30) AP B/D
Productos para la sangre/modificadores/expansores de volumen		
CINRYZE SOL. 500 UNIDADES	4	AP B/D
pentoxifilina comp. 400 mg lib. prol.	1	BC
PROMACTA COMP. 25 MG	4	AP
PROMACTA COMP. 50 MG	4	AP
PROMACTA COMP. 75 MG	4	AP
Coagulantes		
CYKLOKAPRON INY. 100 MG/ML	2	B/D
Inhibidores de la agregación plaquetaria		
AGGRENOX CÁP. 25-200 MG	3	
anagrelida cáp. 0,5 mg	1	BC
anagrelida cáp. 1 mg	1	BC
cilostazol comp. 100 mg	1	BC
cilostazol comp. 50 mg	1	BC
dipiridamol comp. 25 mg	1	BC
dipiridamol comp. 50 mg	1	BC
dipiridamol comp. 75 mg	1	BC
EFFIENT COMP. 10 MG	3	AP
EFFIENT COMP. 5 MG	3	AP
PLAVIX COMP. 75 MG	2	
ticlopidina comp. 250 mg	1	BC
Agentes cardiovasculares		
Agonistas adrenérgicos alfa		
clonidina dis. 0,1/24 hr	1	BC
clonidina dis. 0,2/24 hr	1	BC
clonidina dis 0,3/24 hr	1	BC
clonidina comp. 0,1 mg	1	BC
clonidina comp. 0,2 mg	1	BC
clonidina comp. 0,3 mg	1	BC
guanfacina comp. 1 mg	1	BC
guanfacina comp. 2 mg	1	BC
metildopa comp. 250 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
metildopa comp. 500 mg	1	BC
METILDOPA/HIDROCLOROTIAZIDA COMP. 250/15	2	
METHYLD/HCTZ COMP. 250/25	2	
midodrina comp. 10 mg	1	BC
midodrina comp. 2,5 mg	1	BC
midodrina comp. 5 mg	1	BC
Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa		
doxazosina comp. 4 mg	1	BC
doxazosina comp. 8 mg	1	BC
clorhidrato de prazosina cáp. 1 mg	1	BC
clorhidrato de prazosina cáp. 2 mg	1	BC
prazosina, clorhidrato, cáp. 5 mg	1	BC
terazosina cáp. 1 mg	1	BC
terazosina cáp. 2 mg	1	BC
Antiarrítmicos		
acebutolol cáp. 200 mg	1	BC
amiodarona iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
amiodarona comp. 200 mg	1	BC
amiodarona comp. 400 mg	1	BC
disopiramida cáp. 100 mg	1	BC
disopiramida cáp. 150 mg	1	BC
flecainida comp. 100 mg	1	BC
flecainida comp. 150 mg	1	BC
flecainida comp. 50 mg	1	BC
MEXILETINA CÁP. 150 MG	2	
MEXILETINA CÁP. 200 MG	2	
MEXILETINA CÁP. 250 MG	2	
MULTAQ COMP. 400 MG	3	LC (60/30) AP
PACERONE COMP. 100 MG	3	
propafenona comp. 150 mg	1	BC
propafenona comp. 225 mg	1	BC
propafenona comp. 300 mg	1	BC
propranolol iny. 1 mg/ml	1	BC B/D
PROPRANOLOL SOL. 20 MG/5 ML	2	
PROPRANOLOL SOL. 40 MG/5 ML	2	
gluconato de quinidina comp. 324 mg de lib. cont.	1	BC
quinidina su comp. 200 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
sulfato de quinidina comp. 300 mg	1	BC
SULFATO DE QUINIDINA COMP. 300 MG DE LIB. PROL.	2	
clorhidrato de sotalol, comp. 120 mg	1	BC
clorhidrato de sotalol, comp. 160 mg	1	BC
clorhidrato de sotalol comp. 240 mg	1	BC
clorhidrato de sotalol, comp. 80 mg	1	BC
sotalol AF comp. 120 mg	3	
sotalol af comp. 160 mg	3	
sotalol AF comp. 80 mg	3	
TIKOSYN CÁP. 125 MCG	2	
TIKOSYN CÁP. 250 MCG	2	
TIKOSYN CÁP. 500 MCG	2	
Agentes bloqueadores adrenérgicos beta		
acebutolol cáp. 400 mg	1	BC
atenolol comp. 100 mg	1	BC
atenolol comp. 25 mg	1	BC
atenolol comp. 50 mg	1	BC
atenolol/clortalidona comp. 100-25 mg	1	BC
atenolol/clortalidona comp. 50-25 mg	1	BC
betaxolol comp. 10 mg	1	BC
betaxolol comp. 20 mg	1	BC
fumarato de bisoprolol, comp. 10 mg	1	BC
bisoprolol, fumarato, comp. 5 mg	1	BC
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 10/6,25	1	BC
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 2,5/6,25	1	BC
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 5/6,25 mg	1	BC
BYSTOLIC COMP. 10 MG	3	
BYSTOLIC COMP. 2,5 MG	3	
BYSTOLIC COMP. 20 MG	3	
BYSTOLIC COMP. 5 MG	3	
carvedilol comp. 12,5 mg	1	BC
carvedilol comp. 25 mg	1	BC
carvedilol comp. 3,125 mg	1	BC
carvedilol comp. 6,25 mg	1	BC
labetalol iny. 5 mg/ml	1	BC B/D
labetalol comp. 100 mg	1	BC
labetalol comp. 200 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
labetalol comp. 300 mg	1	BC
metoprolol comp. 100 mg de lib. prol.	1	BC
metoprolol comp. 200 mg de lib. prol.	1	BC
metoprolol comp. 25 mg de lib. prol.	1	BC
metoprolol comp. 50 mg de lib. prol.	1	BC
metoprolol iny. 1 mg/ml	1	BC B/D
metoprolol tar comp. 100 mg	1	BC
metoprolol tar comp. 25 mg	1	BC
tartrato de metoprolol comp. 50 mg	1	BC
metoprolol/hctz comp. 100-25 mg	1	BC
metoprolol/hctz comp. 50-25 mg	1	BC
METOPROLOL/HIDROCLOROTIAZIDA COMP. 100-50 MG	2	
NADOLOL COMP. 160 MG	2	
nadolol comp. 20 mg	1	BC
nadolol comp. 40 mg	1	BC
nadolol comp. 80 mg	1	BC
PINDOLOL COMP. 10 MG	2	
PINDOLOL COMP. 5 MG	2	
propranolol comp. 80 mg	1	BC
propranolol cáp. 120 mg de lib. prol.	1	BC
propranolol cáp. 160 mg lib. prol.	1	BC
propranolol cáp. 60 mg de lib. prol.	1	BC
propranolol cáp. 80 mg de lib. prol.	1	BC
PROPRANOLOL/HIDROCLOROTIAZIDA COMP. 40/25	2	
PROPRAN/HCTZ COMP. 80/25	2	
Agentes bloqueadores de los canales de calcio		
amlodipina comp. 10 mg	1	BC
amlodipina comp. 2,5 mg	1	BC
amlodipina comp. 5 mg	1	BC
amlodipina/benazepril cáp. 10-40 mg	1	BC
amlodipina/benazepril cáp. 5-40 mg	1	BC
diltiazem cáp. 120 mg cd	1	BC
diltiazem cáp. 180 mg cd	1	BC
diltiazem cáp. 240 mg cd	1	BC
diltiazem cáp. 300 mg cd	1	BC
diltiazem iny. 25 mg/5 ml	1	BC B/D
diltiazem comp. 120 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
diltiazem comp. 30 mg	1	BC
diltiazem comp. 60 mg	1	BC
diltiazem comp. 90 mg	1	BC
diltiazem cáp. 120 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 60 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 90 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 120 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 180 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 240 mg de lib. prol.	1	BC
diltiazem cáp. 420 mg/24	1	BC
felodipina comp. 10 mg de lib. prol.	1	BC
felodipina comp. 2,5 mg de lib. prol	1	BC
felodipina comp. 5 mg de lib. prol.	1	BC
nicardipina cáp. 20 mg	1	BC
nicardipina cáp. 30 mg	1	BC
Nifediac cc comp. 30 mg de lib. prol.	1	BC
Nifediac cc comp. 60 mg de lib. prol.	1	BC
Nifediac cc comp. 90 mg de lib. prol.	1	BC
nifedipina cáp. 10 mg	1	BC
NIFEDIPINA CÁP. 20 MG	2	
nifedipina comp. 30 mg de lib. prol.	1	BC
nifedipina comp. 60 mg de lib. prol.	1	BC
nifedipina comp. 90 mg de lib. prol.	1	BC
nimodipina cáp. 30 mg	1	BC
NISOLDIPINA COMP. 20 MG	2	
NISOLDIPINA COMP. 30 MG	2	
NISOLDIPINA COMP. 40 MG	2	
taztia xt cáp. 120 mg/24	1	BC
taztia xt cáp. 180 mg/24	1	BC
taztia xt cáp. 240 mg/24	1	BC
taztia xt cáp. 300 mg/24	1	BC
Taztia xt cáp. 360 mg/24	1	BC
verapamilo comp. 120 mg	1	BC
verapamilo comp. 40 mg	1	BC
verapamilo comp. 80 mg	1	BC
verapamilo cáp. 100 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo cáp. 120 mg de lib. prol.	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
verapamilo cáp. 180 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo cáp. 200 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo cáp. 240 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo cáp. 300 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo comp. 120 mg lib. prol.	1	BC
verapamilo comp. 180 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo comp. 240 mg de lib. prol.	1	BC
verapamilo cáp. 360 mg de lib. de sost.	1	BC
Agentes cardiovasculares, otros		
DIGOXINA SOL. 50 MCG/ML	2	
digoxina comp. 0,125 mg	1	BC
digoxina comp. 0,25 mg	1	BC
RANEXA COMP. 1.000 MG	2	LC (60/30) TP
RANEXA COMP. 500 MG	2	LC (60/30) TP
Diuréticos		
acetazolamida comp. 125 mg	1	BC
acetazolamida comp. 250 mg	1	BC
amilorida comp. 5 mg	1	BC
amilorida/hidroclorotiazida comp. 5-50	1	BC
bumetanida iny. 0,25/ml	1	BC B/D
bumetanida comp. 0,5 mg	1	BC
bumetanida comp. 1 mg	1	BC
bumetanida comp. 2 mg	1	BC
clorotiazida comp. 250 mg	1	BC
clorotiazida comp. 500 mg	1	BC
CLORTALIDONA COMP. 100 MG	2	
clortalidona comp. 25 mg	1	BC
clortalidona comp. 50 mg	1	BC
DYRENIUM CÁP. 100 MG	2	
DYRENIUM CÁP. 50 MG	2	
EDECRIN COMP. 25 MG	2	
furosemida iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
FUROSEMIDA SOL. 8 MG/ML	2	
flurosemida comp. 20 mg	1	BC
flurosemida comp. 40 mg	1	BC
flurosemida comp. 80 mg	1	BC
hidroclorotiazida cáp. 12,5 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
hidroclorotiazida comp. 25 mg	1	BC
hidroclorotiazida comp. 50 mg	1	BC
indapamida comp. 1,25 mg	1	BC
indapamida comp. 2,5 mg	1	BC
METHYCLOTHIA COMP. 5 MG	2	
metolazona comp. 10 mg	1	BC
metolazona comp. 2,5 mg	1	BC
metolazona comp. 5 mg	1	BC
SODIUM EDECRIN INY. 50 MG	2	B/D
THALITONE COMP. 15 MG	3	
torsemida comp. 100 mg	1	BC
torsemida comp. 10 mg	1	BC
torsemida comp. 20 mg	1	BC
torsemida comp. 5 mg	1	BC
triamcinolona/hidroclorotiazida cáp. 37,5-25	1	BC
triamtereno/hidroclorotiazida cáp. 50-25 mg	1	BC
triamtereno/hidroclorotiazida comp. 37,5-25 mg	1	BC
triamtereno/hidroclorotiazida comp. 75-50 mg	1	BC
Dilipidémicos		
ADVICOR COMP. 1000-20	3	
ADVICOR COMP. 500-20 MG	3	
ADVICOR COMP. 750-20 MG	3	
ADVICOR COMP. 1.000-40	3	
colestiramina polvo 4 g	1	BC
colestiramina polvo 4 g lite	1	BC
colestipol comp. 1 g	1	BC
colestipol gran. 5 g	1	BC
CRESTOR COMP. 10 MG	2	TP
CRESTOR COMP. 20 MG	2	TP
CRESTOR COMP. 40 MG	2	TP
CRESTOR COMP. 5 MG	2	TP
fenofibrato comp. 160 mg	1	BC
fenofibrato comp. 54 mg	1	BC
fenofibrato cáp. 134 mg	1	BC
fenofibrato cáp. 200 mg	1	BC
fenofibrato cáp. 67 mg	1	BC
gemfibrozil comp. 600 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
lovastatina comp. 10 mg	1	BC
lovastatina comp. 20 mg	1	BC
lovastatina comp. 40 mg	1	BC
LOVAZA CÁP. 1 G	3	LC (120/30)
NIASPAN COMP. 1.000 DE LIB. PROL.	2	
NIASPAN COMP. 500 MG DE LIB. PROL.	2	
NIASPAN COMP. 750 MG DE LIB. PROL.	2	
pravastatina comp. 10 mg	1	BC
pravastatina comp. 20 mg	1	BC
pravastatina comp. 40 mg	1	BC
pravastatina comp. 80 mg	1	BC
Prevalite polvo 4 g pk	1	BC
Prevalite polvo 4 g	1	BC
simvastatina comp. 10 mg	1	BC
simvastatina comp. 20 mg	1	BC
simvastatina comp. 40 mg	1	BC
simvastatina comp. 5 mg	1	BC
simvastatina comp. 80 mg	1	BC
VYTORIN COMP. 10-10 MG	2	TP
VYTORIN COMP. 10-20 MG	2	TP
VYTORIN COMP. 10-40 MG	2	TP
VYTORIN COMP. 10-80 MG	2	TP
WELCHOL PAQ. 3,75 GM	2	
WELCHOL COMP. 625 MG	2	
ZETIA COMP. 10 MG	2	
Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona		
ALDACTAZIDE COMP. 50/50	3	
amlodipina/benazepril cáp. 10-20 mg	1	BC
amlodipina/benazepril cáp. 2,5-10 mg	1	BC
amlodipina/benazepril cáp. 5-10 mg	1	BC
amlodipina/benazepril cáp. 5-20 mg	1	BC
ATACAND COMP. 16 MG	3	TP
ATACAND COMP. 32 MG	3	TP
ATACAND COMP. 4 MG	3	TP
ATACAND COMP. 8 MG	3	TP
ATACAND HCT COMP. 16-12,5	3	TP
ATACAND HCT COMP. 32-12,5	3	TP

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATACAND HCT COMP. 32-25 MG	3	TP
AVALIDE COMP. 150-12,5 MG	3	TP
AVALIDE COMP. 300-12,5 MG	3	TP
AVALIDE COMP. 300-25 MG	3	TP
AVAPRO COMP. 150 MG	3	TP
AVAPRO COMP. 300 MG	3	TP
AVAPRO COMP. 75 MG	3	TP
benazepril comp. 10 mg	1	BC
benazepril comp. 20 mg	1	BC
benazepril comp. 40 mg	1	BC
benazepril comp. 5 mg	1	BC
benazepril/hidroclorotiazida comp. 10-12,5 mg	1	BC
benazepril/hidroclorotiazida comp. 20-12,5 mg	1	BC
benazepril/hidroclorotiazida comp. 20-25 mg	1	BC
benazepril/hidroclorotiazida comp. 5-6,25 mg	1	BC
BENICAR COMP. 20 MG	2	TP
BENICAR COMP. 40 MG	2	TP
BENICAR COMP. 5 MG	2	TP
BENICAR HCT COMP. 20-12,5 MG	2	TP
BENICAR HCT COMP. 40-12,5 MG	2	TP
BENICAR HCT COMP. 40-25 MG	2	TP
captopril comp. 100 mg	1	BC
captopril comp. 12,5 mg	1	BC
captopril comp. 25 mg	1	BC
captopril comp. 50 mg	1	BC
captopril/hidroclorotiazida comp. 25-15 mg	1	BC
captopril/hidroclorotiazida comp. 25-25 mg	1	BC
captopril/hidroclorotiazida comp. 50-15 mg	1	BC
captopril/hidroclorotiazida comp. 50-25 mg	1	BC
DIOVAN COMP. 160 MG	2	TP
DIOVAN COMP. 320 MG	2	TP
DIOVAN COMP. 40 MG	2	TP
DIOVAN COMP. 80 MG	2	TP
DIOVAN HCT COMP. 160/12,5 MG	2	TP
DIOVAN HCT COMP. 320/12,5 MG	2	TP
DIOVAN HCT COMP. 80/12,5 MG	2	TP
DIOVAN HCT COMP. 160/25 MG	2	TP

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DIOVAN HCT COMP. 320/25 MG	2	TP
enalapril comp. 10 mg	1	BC
enalapril comp. 2,5 mg	1	BC
enalapril comp. 20 mg	1	BC
enalapril comp. 5 mg	1	BC
enalapril/hctz comp. 10-25 mg	1	BC
enalapril/hidroclorotiazida comp. 5-12,5 mg	1	BC
eplerenona comp. 25 mg	3	
eplerenona comp. 50 mg	3	
fosinopril comp. 10 mg	1	BC
fosinopril comp. 20 mg	1	BC
fosinopril comp. 40 mg	1	BC
fosinopril/hctz comp. 10/12,5 mg	1	BC
fosinopril/hidroclorotiazida comp 20/12,5 mg	1	BC
lisinopril comp. 10 mg	1	BC
lisinopril comp. 2,5 mg	1	BC
lisinopril comp. 20 mg	1	BC
lisinopril comp. 30 mg	1	BC
lisinopril comp. 40 mg	1	BC
lisinopril comp. 5 mg	1	BC
lisinopril/hidroclorotiazida comp. 10-12,5 mg	1	BC
lisinopril/hctz comp. 20-12,5 mg	1	BC
lisinopril/hidroclorotiazida comp. 20-25 mg	1	BC
losartán potásico comp. 100 mg	1	BC
losartán potásico comp. 25 mg	1	BC
losartán potásico comp. 50 mg	1	BC
losartán/hct comp. 100-12,5 mg	1	BC
losartán/hct comp. 50-12,5 mg	1	BC
losartán/hct comp. 100-25 mg	1	BC
moexipril comp. 15 mg	1	BC
moexipril comp. 7,5 mg	1	BC
moexipril/hctz comp. 15-12,5 mg	1	BC
moexipril/hctz comp. 7,5-12,5 mg	1	BC
moexipril/hidroclorotiazida comp. 15-25 mg	1	BC
quinapril comp. 10 mg	1	BC
quinapril comp. 20 mg	1	BC
quinapril comp. 40 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
quinapril comp. 5 mg	1	BC
quinapril/hctz comp. 10-12,5 mg	1	BC
quinapril/hctz comp. 20-12,5 mg	1	BC
quinapril/hidroclorotiazida comp. 20-25 mg	1	BC
ramipril cáp. 1,25 mg	1	BC
ramipril cáp. 10 mg	1	BC
ramipril cáp. 2,5 mg	1	BC
ramipril cáp. 5 mg	1	BC
espironolactona comp. 100 mg	1	BC
espironolactona comp. 25 mg	1	BC
espironolactona comp. 50 mg	1	BC
espironolactona/hctz comp. 25/25 mg	1	BC
trandolapril/verapamilo comp. 1-240 de lib. cont.	3	
trandolapril/verapamilo comp. 2-180 lib. cont.	3	
trandolapril/verapamilo comp. 2-240 lib. cont.	3	
trandolapril/verapamilo comp. 4-240 lib. cont.	3	
Vasodilatadores		
hidralazina iny. 20 mg/ml	1	BC B/D
hidralazina comp. 100 mg	1	BC
hidrazalina comp. 10 mg	1	BC
hidrazalina comp. 25 mg	1	BC
hidrazalina comp. 50 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida sub. 2,5 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida sub. 5 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida comp. 10 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida comp. 20 mg	1	BC
isosorbide dinitrato comp. 30 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida comp. 5 mg	1	BC
dinitrato de isosorbida comp. 40 mg de lib. prol.	1	BC
isosorbide mononitrato comp. 10 mg	1	BC
mononitrato de isosorbida comp. 20 mg	1	BC
isosorbide mononitrato comp. 120 mg de lib. prol.	1	BC
isosorbide mononitrato comp. 30 mg de lib. prol.	1	BC
mononitrato de isosorbida comp. 60 mg de lib. prol.	1	BC
minoxidil comp. 10 mg	1	BC
minoxidil comp. 2,5 mg	1	BC
NITRO-BID POMADA AL 2 %	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NITRO-DUR DIS. 0,3 MG/HR	3	
NITRO-DUR DIS. 0,8 MG/HR	3	
nitroglicerina dis. 0,2 mg/hr	1	BC
nitroglicerina dis. 0,4 mg/hr	1	BC
nitroglicerina dis. 0,6 mg/hr	1	BC
NITROGLICERINA INY. 5 MG/ML	2	B/D
nitroglicerina dis. 0,1 mg/hr	1	BC
Nitrostat sub. de 0,3 mg	1	BC
Nitrostat sub. de 0,4 mg	1	BC
Nitrostat sub. de 0,6 mg	1	BC
papaverina cáp. 150 mg de lib. cont.	1	BC
Agentes para el sistema nervioso central		
Anfetaminas, DADH		
ANFETAMINA CÁP. 5 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
ANFETAMINA CÁP. 10 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
ANFETAMINA CÁP. 15 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
ANFETAMINA CÁP. 20 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
ANFETAMINA CÁP. 25 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
ANFETAMINA CÁP. 30 MG DE LIB. PROL.	2	LC (30/30)
anfetamina comp. 5 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 7,5 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 10 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 12,5 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 15 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 20 mg	1	LC (60/30) BC
anfetamina comp. 30 mg	1	LC (60/30) BC
DEXTROANFETAMINA COMP. 10 MG	2	
dextroanfetamina comp. 5 mg	1	BC
dextroanfetamina cáp. 10 mg de lib. prol.	1	BC
dextroanfetamina cáp. 15 mg de lib. prol.	1	BC
dextroanfetamina cáp. 5 mg de lib. prol.	1	BC
VYVANSE CÁP. 20 MG	3	LC (30/30)
VYVANSE CÁP. 30 MG	3	LC (30/30)
VYVANSE CÁP. 40 MG	3	LC (30/30)
VYVANSE CÁP. 50 MG	3	LC (30/30)
VYVANSE CÁP. 60 MG	3	LC (30/30)
VYVANSE CÁP. 70 MG	3	LC (30/30)

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Derivados anfetamínicos, DADH		
CONCERTA COMP. 18 MG	2	LC (30/30)
CONCERTA COMP. 27 MG	2	LC (30/30)
CONCERTA COMP. 36 MG	2	LC (60/30)
CONCERTA COMP. 54 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 10 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 20 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 30 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 40 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 50 MG	2	LC (30/30)
METADATE CD CÁP. 60 MG	2	LC (30/30)
metilina comp. 10 mg	1	BC
methylin comp. 20 mg	1	BC
metilina comp. 5 mg	1	BC
metilina comp. 10 mg de lib. prol.	1	BC
metilina comp. 20 mg de lib. prol.	1	BC
metilfenidato comp. 10 mg	1	BC
metilfenidato comp. 20 mg	1	BC
metilfenidato comp. 5 mg	1	BC
metilfenidato comp. 20 mgde lib. sost.	1	BC
STRATTERA CÁP. 100 MG	2	
STRATTERA CÁP. 10 MG	2	
STRATTERA CÁP. 18 MG	2	
STRATTERA CÁP. 25 MG	2	
STRATTERA CÁP. 40 MG	2	
STRATTERA CÁP. 60 MG	2	
STRATTERA CÁP. 80 MG	2	
Derivados anfetamínicos, otros		
PROVIGIL COMP. 100 MG	2	AP
PROVIGIL COMP. 200 MG	2	AP
RILUTEK COMP. 50 MG	4	
XYREM SOL. 500 MG/ML	4	DL
Agentes dentales y bucales		
Agentes dentales y bucales		
gluconato de clorhexidina, sol. al 0,12 %	1	BC
pilocarpina comp. 5 mg	1	BC
triamcinolona/ora pasta dent. al 0,1 %	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes dermatológicos		
Agentes dermatológicos		
adapaleno crema 0,1 %	1	AP BC
adapaleno gel 0,1 %	1	AP BC
lactato de amonio sol. 12 %	1	BC
AZELEX CREMA AL 20 %	2	
calcipotrieno sol. al 0,005 %	3	
CARAC CREMA AL 0,5 %	2	
clindamicina sol. al 1 %	1	BC
clindamicina/benzoilo gel al 1-5 %	1	BC
DOVONEX CREMA AL 0,005 %	3	
hiclato de doxiciclina, cáp. 50 mg	1	BC
ELIDEL CREMA AL 1 %	2	LC (120/60) TP
eritromicina gel/benzoilo	1	BC
FINACEA GEL 15 %	2	
FLUOROPLEX CREMA 1 %	3	
fluorouracilo crema al 5 %	1	BC
fluorouracilo sol. al 2 %	1	BC
fluorouracilo sol. al 5 %	1	BC
imiquimod crema al 5 %	3	
OXSORALEN LOCIÓN AL 1 %	3	
podofilox solución 0,5 %	1	BC
PROTOPIC UNG. AL 0,03 %	3	LC (100/60) TP
PROTOPIC POMADA 0,1 %	3	LC (120/60) TP
REGRANEX GEL 0,01 %	2	
SANTYL POMADA 250/GM	3	
SORIATANE CÁP. 10 MG	4	
SORIATANE CÁP. 17,5 MG	4	
SORIATANE CÁP. 25 MG	4	
TAZORAC CREMA AL 0,05 %	2	
TAZORAC CREMA AL 0,1 %	2	
TAZORAC GEL AL 0,05 %	2	
TAZORAC GEL 0,1 %	2	
tretinoína crema al 0,025 %	3	
tretinoína crema al 0,05 %	3	
tretinoína crema al 0,1 %	3	
UVADEX INY. 20 MCG/ML	3	B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZONALON CREMA AL 5 %	3	
Reemplazo de enzimas/modificadores		
Reemplazo de enzimas/modificadores		
ADAGEN INY. 250/ML	4	B/D
ALDURAZYME INY. 2,9 MG/5 M	4	B/D
BUPHENYL COMP. 500 MG	4	
CEREDASE INY. 80 UNIDADES/ML	4	B/D
CEREZYME INY. 200 UNIDADES	4	B/D
CREON CÁP. 24.000 UNIDADES	2	
CREON CÁP. 6.000 UNIDADES	2	
CREON CÁP. 12.000 UNIDADES	2	
CYSTADANE POLVO	4	
CYSTAGON CÁP. 150 MG	2	
CYSTAGON CÁP. 50 MG	2	
ELAPRASE INY. 6 MG/3 ML	4	B/D
FABRAZYME INY. 35 MG	4	B/D
KUVAN COMP. 100 MG	4	AP
NAGLAZYME INY. 1 MG/ML	4	B/D
ORFADIN CÁP. 10 MG	4	
ORFADIN CÁP. 2 MG	4	
ORFADIN CÁP. 5 MG	4	
PANCREAZE CÁP. 4.200 UNID.	2	
PANCREAZE CÁP. 10.500 UNID.	2	
PANCREAZE CÁP. 21.000 UNID.	2	
PANCREAZE CÁP. 16.800 UNID.	2	
PULMOZYME SOL. 1 MG/ML	4	B/D
ZAVESCA CÁP. 100 MG	4	
Agentes gastrointestinales		
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
sulfato de atropina, iny. al 0,1 mg/ml	1	BC B/D
diciclomina cáp. 10 mg	1	BC
diciclomina sol. 10 mg/5 ml	1	BC
diciclomina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
diciclomina comp. 20 mg	1	BC
glicopirrolato iny. 0,2 mg/ml	1	BC B/D
glicopirrolato comp. 1 mg	1	BC
glicopirrolato comp. 2 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes gastrointestinales, otros		
AMITIZA CÁP. 24 MCG	3	TP
AMITIZA CÁP. 8 MCG	3	TP
DIFENOXILATO/ATROPINA LIQ. 2,5/5	2	
difenoxilato/atropina comp. 2,5 mg	1	BC
enulose sol. 10 gm/15	1	BC
GASTROCROM CON. 100/5 ML	3	
Gavilyte-c sol.	1	BC
Gavilyte-g sol.	1	BC
Gavilyte-n sol. de sabores variados	1	BC
GOLYTELY SOL.	2	
HALFLYTELY KIT DE SABORES VARIADOS	3	
lactulosa sol. 10 gm/15	1	BC
loperamida cáp. 2 mg	1	BC
SUPREP BOWEL SOL. PREP.	3	
Trilyte sol.	1	BC
ursodiol comp. 300 mg	1	BC
ursodiol comp. 250 mg	1	BC
ursodiol comp. 500 mg	1	BC
Agentes bloqueadores de histamina2 (H2)		
cimetidina comp. 200 mg	1	BC
cimetidina comp. 300 mg	1	BC
cimetidina comp. 400 mg	1	BC
cimetidina comp. 800 mg	1	BC
famotidina iny. 10 mg/ml	1	BC B/D
famotidina comp. 20 mg	1	BC
famotidina comp. 40 mg	1	BC
nizatidina cáp. 150 mg	1	BC
nizatidina cáp. 300 mg	1	BC
nizatidina sol. 15 mg/ml	1	BC
ranitidina cáp. 150 mg	1	BC
ranitidina cáp. 300 mg	1	BC
ranitidina iny. 150/6 ml	1	BC B/D
ranitinida jarabe 15 mg/ml	1	BC
ranitidina comp. 150 mg	1	BC
ranitidina comp. 300 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes para el síndrome de intestino irritable		
LOTRONEX COMP. 0,5 MG	2	
LOTRONEX COMP. 1 MG	2	
Protectores		
CARAFATE SUSP. 1 GM/10 ML	3	
misoprostol comp. 100 mcg	1	BC
misoprostol comp. 200 mcg	1	BC
sucralfato comp. 1 g	1	BC
Inhibidires de la bomba de protones		
ACIPHEX COMP. 20 MG	3	LC (60/30) TP
lansoprazol cáp. 15 mg	1	LC (60/30) BC
lansoprazol cáp. 30 mg	1	LC (60/30) BC
lansoprazol comp. 15 mg des. oral	1	LC (60/30) BC
lansoprazol comp. 30 mg des. oral	1	LC (60/30) BC
omeprazol cáp. 10 mg	1	LC (60/30) BC
omeprazol cáp. 20 mg	1	LC (60/30) BC
omeprazol cáp. 40 mg	1	LC (60/30) BC
omeprazol/bicarbonato de sodio cáp. 20-1100	1	LC (60/30) BC
omepra/bicar cáp. 40-1100	1	LC (60/30) BC
pantoprazol comp. 20 mg	1	LC (60/30) BC
pantoprazol comp. 40 mg	1	LC (60/30) BC
PROTONIX INY. 40 MG	2	B/D
Agentes genitourinarios		
Antiespasmódicos, urinarios		
DETROL COMP. 1 MG	3	TP
DETROL COMP. 2 MG	3	TP
DETROL LA CÁP. 2 MG	3	TP
DETROL LA CÁP. 4 MG	3	TP
ENABLEX COMP. 15 MG	2	
ENABLEX COMP. 7,5 MG	2	
flavoxato comp. 100 mg	1	BC
oxibutinin jarabe 5 mg/5 ml	1	BC
oxibutinin comp. 5 mg	1	BC
oxibutinin comp. 10 mg de lib. prol.	1	BC
oxibutinin comp. 15 mg de lib. prol.	1	BC
oxibutinin comp. 5 mg lib. prol.	1	BC
OXYTROL DIS. 3,9 MG/24	3	TP

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
cloruro de trospium, comp. 20 mg	3	TP
VESICARE COMP. 10 MG	2	
VESICARE COMP. 5 MG	2	
Agentes para hipertrofia prostática benigna		
AVODART CÁP. 0,5 MG	2	TP
doxazosina comp. 1 mg	1	BC
doxazosina comp. 2 mg	1	BC
finasteride comp. 5 mg	1	BC
tamsulosina cáp. 0,4 mg	1	BC
terazosina cáp. 10 mg	1	BC
terazosina cáp. 5 mg	1	BC
Agentes genitourinarios, otros		
betanecol comp. 10 mg	1	BC
betanecol comp. 25 mg	1	BC
betanecol comp. 50 mg	1	BC
betanecol comp. 5 mg	1	BC
ELMIRON CÁP. 100 MG	3	
THIOLA COMP. 100 MG	3	
Aglutinantes de fosfato		
acetato de calcio, cáp. 667 mg	1	BC
RENVELA PAQ. 0,8 G	2	
RENVELA PAQ. 2,4 G	2	
RENVELA COMP. 800 MG	2	
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (adrenales)		
Glucocorticoides/mineralocorticoides		
Ala-Cort loción 1 %	1	BC
alclometasona crema 0,05 %	1	BC
alclometasona pomada 0,05 %	1	BC
amcinonida crema 0,1 %	1	BC
AMCINONIDA POMADA 0,1 %	2	
betametasona aumentada en crema al 0,05 %	1	BC
betametasona aumentada en gel al 0,05 %	1	BC
betametasona aumentada en loción al 0,05 %	1	BC
betametasona aumentada pomada al 0,05 %	1	BC
dipropionato de betametasona, crema al 0,05 %	1	BC
dipropionato de betametasona, loción al 0,05 %	1	BC
dipropionato de betametasona, pomada al 0,05 %	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
valerato de betametasona, crema al 0,1 %	1	BC
valerato de betametasona, loción al 0,1 %	1	BC
valerato de betametasona, pomada al 0,1 %	1	BC
clobetasol crema al 0,05 %	1	BC
clobetasol gel al 0,05 %	1	BC
clobetasol pomada al 0,05 %	1	BC
clobetasol sol. al 0,05 %	1	BC
clobetasol e crema al 0,05 %	1	BC
CORTISONA AC COMP. 25 MG	2	
desonida crema al 0,05 %	1	BC
desonida loción al 0,05 %	1	BC
desonida pomada al 0,05 %	1	BC
desoximetasona crema al 0,05 %	1	BC
desoximetasona crema al 0,25 %	1	BC
desoximetasona gel al 0,05 %	1	BC
desoximetasona pomada al 0,25 %	1	BC
dexametasona elixir al 0,5/5 ml	1	BC
dexametasona comp. 0,5 mg	1	BC
dexametasona comp. 0,75 mg	1	BC
dexametasona comp. 1,5 mg	1	BC
DEXAMETASONA COMP. 1 MG	2	
DEXAMETASONA COMP. 2 MG	2	
dexametasona comp. 4 mg	1	BC
dexametasona comp. 6 mg	1	BC
DEXAMETASONA CON. 1 MG/ML	2	
dexametasona fosfato iny. 4 mg/ml	1	BC B/D
DIFLORASONA CREMA AL 0,05 %	2	
diflorasona pomada al 0,05 %	1	BC
fludrocortisona comp. 0,1 mg	1	BC
FLUOCIN ACET CREMA 0,01 %	2	
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA CREMA 0,025 %	2	
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA POMADA 0,025 %	2	
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA SOL. 0,01 %	2	
fluocinonida crema al 0,05 %	1	BC
fluocinonida gel al 0,05 %	1	BC
fluocinonida pomada al 0,05 %	1	BC
fluocinonida sol. al 0,05 %	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
fluticasona crema al 0,05 %	1	BC
fluticasona pomada al 0,005 %	1	BC
halobetasol crema al 0,05 %	1	BC
halobetasol pomada al 0,05 %	1	BC
hidrocortisona crema al 1%	1	BC
hidrocortisona crema al 2,5 %	1	BC
hidrocortisona loción al 2,5 %	1	BC
hidrocortisona pomada al 1%	1	BC
hidrocortisona pomada al 2,5 %	1	BC
hidrocortisona comp. 20 mg	1	BC
valerato de hidrocortisona, crema al 0,2 %	1	BC
valerato de hidrocortisona, pomada al 0,2 %	1	BC
MEDROL COMP. 2 MG	3	
metilprednisolona comp. 16 mg	1	BC
metilprednisolona comp. 32 mg	1	BC
metilprednisolona paquete 4 mg	1	BC
metilprednisolona comp. 8 mg	1	BC
metilprednisolona ss iny. 1000 mg	1	BC B/D
metilprednisolona ss iny. 125 mg	1	BC B/D
metilprednisolona ss iny. 40 mg	1	BC B/D
mometasona crema al 0,1 %	1	BC
mometasona pomada al 0,1 %	1	BC
mometasona sol. al 0,1 %	1	BC
PEDIAPRED SOL. 6,7/5 ML	3	
prednisolona sol. 15 mg/5 ml	1	BC
fosfato de sodio de prednisolona sol. 5 mg/5 ml	1	BC
prednisona comp. 10 mg	1	BC
prednisona comp. 1 mg	1	BC
prednisona comp. 2,5 mg	1	BC
prednisona comp. 20 mg	1	BC
PREDNISONA COMP. 50 MG	2	
prednisona comp. 5 mg	1	BC
PREDNISONA CON. 5 MG/ML	2	
proctozone hc crema 2,5 %	1	BC
SOLU-MEDROL INY. 2 GM	3	B/D
triamcinolona crema al 0,025 %	1	BC
triamcinolona crema al 0,1 %	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
triamcinolona crema al 0,5 %	1	BC
triamcinolona loción al 0,025 %	1	BC
triamcinolona pomada al 0,1 %	1	BC
triamcinolona ung. 0,025 %	1	BC
triamcinolona pomada al 0,1 %	1	BC
TRIAMCINOLONA POMADA AL 0,5 %	2	
TRIAMCINOLONA UNG. AL 0,05 %	2	
U-Cort crema al 1 %	1	BC
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (pituitaria)		
desmopresina sol. al 0,01 %	1	BC
desmopresina iny. 4 mcg/ml	1	BC B/D
desmopresina comp. 0,1 mg	1	BC
desmopresina comp. 0,2 mg	1	BC
INCRELEX INY. 40 MG/4 ML	4	AP
NORDITROPIN INY. 10/1,5 ML	4	AP
NORDITROPIN INJ 15/1,5 ML	4	AP
NORDITROPIN INY. 5/1,5 ML	4	AP
NORDITROPIN INY. 30/3 ML	4	AP
TEV-TROPIN INY. 5 MG	3	AP
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)		
Esteroides anabólicos		
ANADROL-50 COMP. 50 MG	4	
oxandrolona comp. 10 mg	1	BC
oxandrolona comp. 2,5 mg	1	BC
Andrógenos		
ANDRODERM DIS. 2,5 MG/24	3	LC (120/30) AP
ANDRODERM DIS. 5 MG/24 HR	3	LC (60/30) AP
ANDROGEL GEL 1 % (50 MG)	3	LC (300/30) AP
ANDROXY COMP. 10 MG	3	
danazol cáp. 100 mg	1	BC
danazol cáp. 200 mg	1	BC
danazol cáp. 50 mg	1	BC
FORTESTA GEL 10 MG/ACT	2	LC (120/30) AP
TESTIM GEL 1 % (50 MG)	3	LC (300/30) AP
cipionato de testosterona iny. 100 mg/ml	1	AP BC B/D
enantato de testosterona iny. 200 mg/ml	1	AP BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Estrógenos		
ACTIVELLA COMP. 0,5-0,1	2	
ALORA DIS. 0,025 MG	3	
ALORA DIS. 0,05 MG	3	
ALORA DIS. 0,075 MG	3	
ALORA DIS. 0,1 MG	3	
balziva comp.	1	BC
BEYAZ COMP.	3	
CENESTIN COMP. 0,3 MG	3	
CENESTIN COMP. 0,45 MG	3	
CENESTIN COMP. 0,625 MG	3	
CENESTIN COMP. 0,9 MG	3	
CENESTIN COMP. 1,25 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,025 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,05 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,06 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,075 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,1 MG	3	
CLIMARA DIS. 0,0375 MG	3	
Cyclafem comp. 1/35	1	BC
Cyclafem comp. 7/7/7	1	BC
DIVIGEL GEL 1 MG/GM	2	
ESTRACE VAG CREMA 0,1 MG/GM	2	
ESTRADERM DIS. 0,05 MG	3	
ESTRADERM DIS. 0,1 MG	3	
estradiol dis 0,025 mg	1	BC
estradiol dis 0,05 mg	1	BC
estradiol dis. 0,075 mg	1	BC
estradiol dis 0,1 mg	1	BC
estradiol comp. 0,5 mg	1	BC
estradiol comp. 1 mg	1	BC
estradiol comp. 2 mg	1	BC
estradiol/noretisterona comp. 1-0,5 mg	1	BC
ESTRASORB EMUL.	3	
ESTRING MIS 2 MG	3	
estropipato comp. 0,75 mg	1	BC
estropipato comp. 1,5 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
estropipato comp. de 3 mg	1	BC
EVAMIST ATOM. 1,53 MG	3	
FEMHRT COMP. 0,5-2,5	2	
FEMRING MIS 0,05/24 H	3	
FEMRING MIS 0,1 MG/24	3	
Gianvi comp. 3-0,02 mg	3	
Jinteli comp. 1 mg-5 mcg	1	BC
Jolessa comp.	1	BC
Kariva comp. 28 días	1	BC
Leena comp.	1	BC
Lessina-28 comp.	1	BC
LOESTRIN 24 COMP. FE	3	
LOSEASONIQUE COMP.	3	
LYBREL COMP. 90-20 MCG	3	
MENEST COMP. 0,3 MG	2	
MENEST COMP. 0,625 MG	2	
MENEST COMP. 1,25 MG	2	
MENEST COMP. 2,5 MG	2	
NATAZIA COMP.	3	
Nortrel 28 comp. 0,5/35	1	BC
Portia-28 comp.	1	BC
PREMARIN INY. 25 MG	2	B/D
PREMARIN COMP. 0,3 MG	2	
PREMARIN COMP. 0,45 MG	2	
PREMARIN COMP. 0,625 MG	2	
PREMARIN COMP. 0,9 MG	2	
PREMARIN COMP. 1,25 MG	2	
PREMARIN CREMA VAG. 0,625 MG	2	
Quasense comp.	1	BC
SAFYRAL COMP.	3	
SEASONIQUE COMP.	3	
Tri-legest fe comp.	1	BC
VAGIFEM COMP. 10 MCG	2	
Velivet envase	1	BC
VIVELLE-DOT DIS. 0,025 MG	3	
VIVELLE-DOT DIS. 0,0375 MG	3	
VIVELLE-DOT DIS. 0,05 MG	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VIVELLE-DOT DIS. 0,075 MG	3	
VIVELLE-DOT DIS. 0,1 MG	3	
Progestinas		
Apri comp.	1	BC
Aviane comp.	1	BC
Camila comp. 0,35 mg	1	BC
COMBIPATCH DIS. 0,05/0,14	3	
COMBIPATCH DIS. 0,05/0,25	3	
Jolivette comp. 0,35 mg	1	BC
Low-ogestrel comp.	1	BC
medroxiprogesterona ac iny. 150 mg/ml	1	BC B/D
medroxiprogesterona ac comp. 10 mg	1	BC
medroxiprogesterona ac comp. 2,5 mg	1	BC
medroxiprogesterona ac comp. 5 mg	1	BC
MEGACE ES SUSP.	2	
megestrol ac susp. 40 mg/ml	1	BC
megestrol ac comp. 20 mg	1	BC
megestrol ac comp. 40 mg	1	BC
microgestin comp. 1,5/30	1	BC
microgestin comp. 1/20	1	BC
microgestin fe comp. 1/20	1	BC
microgestin fe comp. 1,5/30	1	BC
Mononessa comp.	1	BC
Necon 1/35-28 comp.	1	BC
NECON COMP. 1/50-28	2	
NECON COMP. 10/11-28	3	
Necon 7/7/7 comp. 28 días	1	BC
Next Choice comp. 0,75 mg	1	BC
Noretin ace comp. 5 mg	1	BC
NUVARING MIS	3	
Ocella comp. 3-0,03 mg	3	
OGESTREL COMP.	3	
ORTHO EVRA DIS. SEMANAL	3	
ORTHO TRI-CYCLEN LO COMP.	3	
OVCON 50 COMP. 28	3	
PREFEST COMP.	2	
PREMPHASE COMP.	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREMPRO COMP. 0,3-1,5	2	
PREMPRO COMP. 0,45-1,5	2	
PREMPRO COMP. 0,625-2,5	2	
PREMPRO COMP. 0,625-5	2	
PROMETRIUM COMP. 100 MG	2	
PROMETRIUM COMP. 200 MG	2	
Trinessa comp.	1	BC
Trivora-28 comp.	1	BC
Zovia 1/35e comp.	1	BC
ZOVIA 1/50E COMP.	3	
Agentes modificadores selectivos de los receptores de estrógeno		
EVISTA COMP. 60 MG	2	
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulantes/reemplazo/modificadores (tiroides)		
ARMOUR THYRO COMP. 120 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 15 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 180 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 240 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 300 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 30 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 60 MG	2	
ARMOUR THYRO COMP. 90 MG	2	
Levothroid comp. 100 mcg	1	BC
levothroid comp. 112 mcg	1	BC
Levothroid comp. 125 mcg	1	BC
Levothroid comp. 137 mcg	1	BC
Levothroid comp. 150 mcg	1	BC
Levothroid comp. 175 mcg	1	BC
Levothroid comp. 200 mcg	1	BC
Levothroid comp. 25 mcg	1	BC
Levothroid comp. 300 mcg	1	BC
Levothroid comp. 50 mcg	1	BC
Levothroid comp. 75 mcg	1	BC
Levothroid comp. 88 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 100 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 112 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 125 mcg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
levotiroxina comp. 137 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 150 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 175 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 200 mcg	1	BC
levotiroxina comp.25 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 300 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 50 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 75 mcg	1	BC
levotiroxina comp. 88 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 100 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 112 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 125 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 137 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 150 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 175 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 200 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 25 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 50 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 75 mcg	1	BC
Levoxyl comp. 88 mcg	1	BC
liotironina comp 25 mcg	1	BC
liotironina comp. 50 mcg	1	BC
liotironina comp. 5 mcg	1	BC
SYNTHROID COMP. 100 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 112 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 125 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 137 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 150 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 175 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 200 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 25 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 300 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 50 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 75 MCG	3	
SYNTHROID COMP. 88 MCG	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes hormonales, supresores (adrenales)		
Agentes hormonales, supresores (adrenales)		
LYSODREN COMP. 500 MG	2	
Agentes hormonales, supresores (paratiroides)		
Agentes hormonales, supresores (paratiroides)		
SENSIPAR COMP. 30 MG	2	
SENSIPAR COMP. 60 MG	2	
SENSIPAR COMP. 90 MG	2	
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
cabergolina comp. 0,5 mg	3	
ELIGARD INY. 22,5 MG	3	B/D
ELIGARD INY. 30 MG	3	B/D
ELIGARD INY. 45 MG	3	B/D
ELIGARD INY. 7,5 MG	2	B/D
LUPRON DEPOT INY. 11,25 MG	4	B/D
LUPRON DEPOT INY. 22,5 MG	4	B/D
LUPRON DEPOT INY. 3,75 MG	4	B/D
LUPRON DEPOT INY. 30 MG	4	B/D
LUPRON DEPOT INY. 7,5 MG	4	B/D
octreotida iny. 1.000 mcg	4	B/D
octreotida iny. 100 mcg	3	B/D
octreotida iny. 200 mcg	3	B/D
octreotida iny. 500 mcg	4	B/D
octreotida iny. 50 mcg/ml	3	B/D
SOMATULINE INY. 120/0,5 ML	4	AP B/D
SOMATULINE INY. 60/0,2 ML	4	AP B/D
SOMATULINE INY. 90/0,3 ML	4	AP B/D
SOMAVERT INY. 10 MG	4	LA B/D
SOMAVERT INY. 15 MG	4	LA B/D
SOMAVERT INY. 20 MG	4	LA B/D
SYNAREL SOL. 2 MG/ML	4	AP
Agentes hormonales, supresores (hormonas sexuales/modificadores)		
Antiandrógenos		
bicalutamida comp. 50 mg	1	BC
flutamida cáp. 125 mg	1	BC
NILANDRON TAB 150 MG	3	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes hormonales, supresores (tiroides)		
Agentes antitiroideos		
metimazol comp. 10 mg	1	BC
metimazol comp. 5 mg	1	BC
propiltiouracilo comp. 50 mg	1	BC
Agentes inmunológicos		
Supresores inmunológicos		
azatioprina comp. 50 mg	1	BC B/D
CELLCEPT CÁP. 250 MG	3	B/D
CELLCEPT SUSP. 200 MG/ML	4	B/D
CELLCEPT COMP. 500 MG	4	B/D
CELLCEPT IV INY. 500 MG	3	B/D
ciclosporina cáp. 100 mg	1	BC B/D
ciclosporina cap. 25 mg	1	BC B/D
ciclosporina iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
ciclosporina cáp. 100 mgmod.	3	B/D
CYCLOSPORINE CÁP. 50 MG MOD.	3	B/D
ciclosporina modificada sol.	1	BC B/D
ENBREL INY. 25 MG	4	AP
ENBREL INY. 25/0,5 ML	4	AP
ENBREL INY. 50 MG/ML	4	AP
ENBREL SRCLK INY. 50 MG/ML	4	AP
gengraf cáp. 100 mg	3	B/D
gengraf cáp. 25 mg	3	B/D
HUMIRA KIT 20 MG/0,4	4	AP
HUMIRA KIT 40 MG/0,8	4	AP
metotrexato comp. 2,5 mg	1	BC
metotrexato iny. 25 mg/ml	1	BC
METOTREXATO INY. 1 G	2	
micofenolato cáp. 250 mg	1	BC B/D
micofenolato comp. 500 mg	1	BC B/D
MYFORTIC COMP. 180 MG	3	B/D
MYFORTIC COMP. 360 MG	4	B/D
NEORAL CÁP. 100 MG	3	B/D
NEORAL CÁP. 25 MG	3	B/D
NEORAL SOL. 100 MG/ML	3	B/D
ORENCIA INY. 250 MG	4	AP B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROGRAF CÁP. 0,5 MG	3	B/D
PROGRAF CÁP. 1 MG	3	B/D
PROGRAF CÁP. 5 MG	3	B/D
PROGRAF INY. 5 MG/ML	3	B/D
RAPAMUNE SOL. 1 MG/ML	3	B/D
RAPAMUNE COMP. 0,5 MG	3	B/D
RAPAMUNE COMP. 1 MG	3	B/D
RAPAMUNE COMP. 2 MG	3	B/D
REMICADE INY. 100 MG	4	AP B/D
SANDIMMUNE CÁP. 100 MG	3	B/D
SANDIMMUNE CÁP. 25 MG	3	B/D
SANDIMMUNE SOL. 100 MG/ML	3	B/D
SANDIMMUNE INY. 50 MG/ML	3	B/D
tacrolimus cáp. 0,5 mg	1	BC B/D
tacrolimus cáp. 1 mg	1	BC B/D
tacrolimus cáp. 5 mg	1	BC B/D
ZORTRESS COMP. 0,25 MG	3	LC (60/30) AP B/D
ZORTRESS COMP. 0,5 MG	4	LC (60/30) AP B/D
ZORTRESS COMP. 0,75 MG	4	LC (60/30) AP B/D
Agentes inmunizadores, pasivos		
CARIMUNE NF INJ 3 GM	4	AP B/D
GAMASTAN S/D INY.	2	AP B/D
GAMMAGARD INY. 2,5 GM/25	4	AP B/D
GAMUNEX INY. 10 %	4	AP B/D
GAMUNEX-C INY. 10 GM/100	4	AP B/D
GAMUNEX-C INY. 1 GM/10 ML	4	AP B/D
GAMUNEX-C INY. 2,5 GM/25	4	AP B/D
GAMUNEX-C INY. 20 GM/200	4	AP B/D
GAMUNEX-C INY. 5 GM/50 ML	4	AP B/D
HIZENTRA INY. 1 GM/5 ML	4	AP B/D
PRIVIGEN INY. 20 GRAMOS	4	AP B/D
TIMOGLOBULINA INY. 25 MG	4	B/D
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE INY. 2 MU/0,5	4	
ARCALYST INY. 220 MG	4	AP B/D
AVONEX PREFL KIT 30 MCG	4	AP
AVONEX KIT 30 MCG	4	AP

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COPAXONE KIT 20 MG/ML	4	
EXTAVIA INY. 0,3 MG	4	AP
INTRON-A INY. 10 MUPLUMA	4	B/D
INTRON-A INY. 3 MU PLUMA	3	B/D
INTRON-A INY. 5 MU PLUMA	4	B/D
INTRON-A INY. 18 MU	3	B/D
INTRON-A INY. 10 MU	3	B/D
leflunomida comp. 10 mg	1	BC
leflunomida comp. 20 mg	1	BC
PEG-INTRON KIT 50 MCG	4	
PEG-INTRON KIT 120 RP	4	
PEG-INTRON KIT 150 RP	4	
PEG-INTRON KIT 50 MCG RP	4	
PEG-INTRON KIT 80 MCG RP	4	
REBIF INY. 22/0,5	4	
REBIF INY. 44/0,5	4	
REBIF TITRATION PACK SOL.	4	
RIDAURA CÁP. 3 MG	3	
Vacunas		
ACTHIB INY.	2	
ADACEL INY.	2	
BOOSTRIX INY.	2	
CERVARIX INY.	2	AP
COMVAX INY.	2	
DAPTACEL INY.	2	
DECAVAC INY. 5-2LF	2	
DIP/TET PED INY. 6,7-5LF	2	
ENGERIX-B INY. 10/0,5 ML	2	B
ENGERIX-B INY. 20 MCG/ML	2	B
GARDASIL INY.	2	AP
HAVRIX INY. 1440 UNIDADES	2	
HAVRIX INY. 720 UNIDADES	2	
IMOVAX RABIE INY. 2,5/ML	2	
INFANRIX INY.	2	
IPOL INY. INACTIVO	2	
IXIARO INY.	2	
JE-VAX INY.	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
M-M-R II INY. LIVE	2	
MENACTRA INY.	2	
MENOMUNE INY. A/C/Y/W	2	
MENVEO INY.	2	
PEDIARIX INY. 0,5 ML	2	
PEDVAXHIB INY.	2	
PROQUAD INY.	2	
RABAVERT INY.	2	
RECOMBIVA HB INJ 10 MCG/ML	2	B
RECOMBIVA-HB INY. 40 MCG/ML	2	B
ROTATEQ SUSP.	2	
TOXOIDE TETÁNICO INY. 5LF ADS	2	
TOXOIDE TETÁNICO/DIFTÉRICO INY. 2-2 LF	2	
TRIHIBIT KIT P/F	2	
TRIPEDIA SUSP. P/F	2	
TWINRIX INY.	2	
TYPHIM VI INY.	2	
VAQTA INY. 25/0,5 ML	2	
VARIVAX INY.	2	
YF-VAX INY.	2	
ZOSTAVAX INY.	2	AP
Agentes para enfermedad intestinal inflamatoria		
Glucocorticoides		
ENTOCORT EC CÁP. CUB. ENT. 3 MG/24 HR	4	
enema de hidrocortisona 100 mg	1	BC
metilprednisolona comp. 4 mg	1	BC
Salicilatos		
ASACOL COMP. 400 MG LIB. LENTA	2	TP
balsalazida cáp. 750 mg	1	BC
CANASA SUP 1000 MG	2	
DIPENTUM CÁP. 250 MG	2	TP
enema de mesalamina, 4 mg	1	BC
PENTASA CÁP. 250 MG DE LIB. CONT.	2	TP
PENTASA CÁP. 500 MG DE LIB. CONT.	2	TP
Sulfonamidas		
sulfasalazina comp. de 500 mg	1	BC
sulfasalazina comp. de 500 mg de lib. lenta	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
sulfazine ec comp. de 500 mg	1	BC
Agentes para enfermedades óseas metabólicas		
Agentes para enfermedades óseas metabólicas		
ACTONEL COMP. 150 MG	2	TP
ACTONEL COMP. 30 MG	2	TP
ACTONEL COMP. 35 MG	2	TP
ACTONEL COMP. 5 MG	2	TP
alendronato comp. 10 mg	1	BC
alendronato comp. 35 mg	1	BC
alendronato comp. 40 mg	1	BC
alendronato comp. 5 mg	1	BC
alendronato comp. 70 mg	1	BC
ATELVIA COMP.	2	TP
calcitonina atom. 200/act	1	BC
calcitriol cáp. 0,25 mcg	1	BC
calcitriol cáp. 0,5 mcg	1	BC
calcitriol sol. 1 mcg/ml	1	BC B/D
calcitriol iny. 1 mcg/ml	1	BC B/D
ETIDRONATO DISDÓDICO COMP. 200 MG	2	
etidronato disódico comp. 400 mg	1	BC
FORTEO SOL. 600/2,4	4	AP
FOSAMAX SOL.	3	
HECTOROL CÁP. 0,5 MCG	3	
HECTOROL CÁP. 1 MCG	3	
HECTOROL CÁP. 2,5 MCG	3	
HECTOROL INY. 4 MCG/2 ML	3	B/D
MIACALCIN INY. 200/ML	2	
pamidronato iny. 30/10 ml	1	BC B/D
PAMIDRONATO INY. 6 MG/ML	2	B/D
pamidronato iny. de 90/10 ml	1	BC B/D
XGEVA INY.	4	AP
ZEMPLAR CÁP. 1 MCG	3	
ZEMPLAR CÁP. 2 MCG	3	
ZEMPLAR CÁP. 4 MCG	3	
ZEMPLAR INY. 2 MCG/ML	3	B/D
ZEMPLAR INY. 5 MCG/ML	3	B/D
ZOMETA INY. 4 MG/5 ML	4	AP B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Agentes terapéuticos misceláneos		
Agentes terapéuticos misceláneos		
alcohol en gasa impregnada	1	LC (100/30) BC
insulina jeringa miscible de 1 ml/29 g	1	BC
insulina jeringa miscible de 0,3/31 g	1	BC
insulina jeringa miscible de 0,5/30 g	1	BC
insulina jeringa miscible de 1 ml/31 g	1	BC
BOTOX INY. 100 UNIDADES	3	AP B/D
compresa de gasa Curity de 2"x2"	1	LC (100/30) BC
Liposyn III iny. al 30 %	1	BC B/D
XENAZINE COMP. 12,5 MG	4	AP
XENAZINE COMP. 25 MG	4	AP
Agentes oftalmológicos		
Agentes oftalmológicos, otros		
sulfato de atropina, pomada al 1 % oftalm.	1	BC
sulfato de atropina, sol. al 1 % oftalm.	1	BC
BACITRACINA POMADA OFTALM.	2	
bacitracina/polimixina pomada oftalm.	1	BC
CILOXAN POMADA AL 0,3 % OFTALM.	2	
ciprofloxacina sol. al 0,3 % oftalm.	1	BC
LACRISERT MIS 5 MG OFTALM.	2	B/D
NATACYN SUSP. 5 % OFTALM.	3	
neomicina/polimixina/gramicidina sol. oftalm.	1	BC
ofloxacina gotas oftalm. al 0,3 %	1	BC
RESTASIS EMUL. 0,05 %	3	
tobramicina sol. oftalm. al 0,3 %	1	BC
dorzolamida sol. oftalm. al 1 %	1	BC
trimetoprima sol. polimixina	1	BC
VIGAMOX GOTAS AL 0,5 %	3	
ZYMAR GOTAS AL 0,3 %	3	
Agentes antialérgicos oftálmicos		
ALOCRIL SOL. AL 2 %	2	
ALOMIDE SOL. OFTALM. AL 0,1 %	2	
azelastina en gotas al 0,05 %	1	BC
cromolín sódico sol. oftalm. al 4 %	1	BC
ELESTAT GOTAS AL 0,05 %	2	
PATADAY SOL. AL 0,2 %	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PATANOL SOL. OFTALM. AL 0,1 %	2	
Antiinflamatorios oftálmicos		
ALREX SUSP. AL 0,2 %	2	
BLEPHAMIDE SUSP. OFTALM.	2	
BLEPHAMIDE POMADA S.O.P.	2	
diclofenac sol. oftalm. al 0,1 %	1	BC
fluorometolona susp. oftalm. al 0,1 %	1	BC
flurbiprofeno sol. oftalm. al 0,03 %	1	BC
FML POMADA 0,1 % OFTALM.	2	
FML FORTE SUSP. 0,25 % OFTALM.	2	
ketorolac sol. al 0,4 %	1	BC
ketorolac sol. al 0,5 %	1	BC
LOTEMAX SUSP. 0,5 %	3	
NEOMICINA/POLIMIXINA/BACITRACINA POMADA/HC 1 % OFTALM.	2	
neomicina/polimixina/dexametasona pomada al 0,1 % oftalm.	1	BC
neomicina/polimixina/dexametasona susp. al 0,1 % oftalm.	1	BC
NEOMICINA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SUSP. OFTALM.	2	
prednisolona susp. al 1 % oftalm.	1	BC
PREDNISOLONA SODIO FOSFATO SOL. OFTALM. AL 1 %	2	
TOBRADEX POMADA OFTALM.	2	
tobramicina/dexametasona susp.	1	BC
Agentes oftalmológicos antiglaucoma		
ALPHAGAN P SOL. AL 0,1 %	2	
apraclonidina sol. oftalm. al 0,5 %	1	BC
AZOPT SUSP. OFTALM. AL 1 %	2	
BETAXOLOL SOL. OFTALM. AL 0,5 %	2	
BETOPTIC-S SUSP. OFTALM. AL 0,25 %	2	
brimonidina sol. al 0,15 %	1	BC
brimonidina sol. oftalm. al 0,2 %.	1	BC
carteolol sol. oftalm. al 1 %	1	BC
COMBIGAN SOL. AL 0,2/0,5 %	3	
dorzolamida sol. oftalm. al 2 %	1	BC
dorzolamida/timolol sol. oftalm. al 2-0,5 %	1	BC
LEVOBUNOLOL SOL. OFTALM. 0,25 %	2	
levobunolol sol. oftalm. al 0,5 %	1	BC
metazolamida comp. 25 mg	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
metazolamida comp. 50 mg	1	BC
metipranolol sol. oftalm. al 0,3 %	1	BC
FOSFOLINA SOL. OFTALM. AL 0,125 %	2	
PROPINE SOL. OFTALM. AL 0,1 %	2	
timolol mal sol. al 0,25 % oftalm.	1	BC
maleato de timolol sol. oftalm. al 0,5 %	1	BC
Análogos oftalmológicos de las prostaglandinas y prostamidas		
LUMIGAN SOL. AL 0,01 %	2	
LUMIGAN SOL. AL 0,03 %	2	
TRAVATAN Z GOTAS AL 0,004 %	2	
XALATAN SOL. AL 0,005 %	3	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
ácido acético en solución /hidrocortisona óticas	1	BC
CIPRO HC SUSP. ÓTICA	3	
CIPRODEX SUSP. AL 0,3-0,1 %	2	
DERMOTIC POMADA AL 0,01 %	2	
neomicina/polimixina/hidrocortisona sol. al 1 % ótica	1	BC
ofloxacina en gotas al 0,3 % óticas	1	BC
Agentes para el tracto respiratorio		
Antiinflamatorios, corticosteroides inhalados		
ADVAIR DISKUS AER. 100/50	3	LC (60/30) TP
ADVAIR DISKUS AER. 250/50	3	LC (60/30) TP
ADVAIR DISKUS AER. 500/50	3	LC (60/30) TP
ADVAIR HFA AER. 115/21	3	TP
ADVAIR HFA AER. 230/21	3	TP
ADVAIR HFA AER. 45/21	3	TP
ASMANEX 120 AER. 220 MCG	2	
ASMANEX 30 AER. 110 MCG	2	
ASMANEX 60 AER 220 MCG	2	
budesonida susp. de 0,25 mg/2	1	BC B/D
budesonida susp. 0,5 mg/2	1	BC B/D
FLOVENT DISK AER. 100 MCG	2	
FLOVENT DISK AER. 250 MCG	2	
FLOVENT DISK AER. 50 MCG	2	
FLOVENT HFA AER. 110 MCG	2	
FLOVENT HFA AER. 220 MCG	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLOVENT HFA AER. 44 MCG	2	
flunisolida atom. al 0,025 %	1	BC
fluticasona atom. de 50 mcg	1	BC
NASACORT AQ AER. 55 MCG/AC	2	TP
NASONEX ATOM. 50 MCG/AC	2	TP
PULMICORT SUSP. 1 MG/2 ML	2	B/D
PULMICORT INH. 180 MCG	2	
PULMICORT INH. 90 MCG	2	
QVAR AER. 40 MCG	2	
QVAR AER. 80 MCG	2	
RHINOCORT AQUA SUSP.	3	TP
SYMBICORT AER. 160-4,5	2	TP
SYMBICORT AER. 80-4,5	2	TP
Antihistamínicos		
azelastina atom. al 0,1 %	1	BC
ciproheptadina jarabe 2 mg/5 ml	1	BC
ciproheptadina comp. 4 mg	1	BC
difenhidramina cáp. 50 mg	1	BC
fexofenadina comp. 180 mg	1	BC
clorhidrato de hidroxicina iny. 25 mg/ml	1	BC B/D
clorhidrato de hidroxicina, iny. 50 mg/ml	1	BC B/D
clorhidrato de hidroxicina, jarabe 10 mg/5 ml	1	BC
clorhidrato de hidroxicina comp. 10 mg	1	BC
clorhidrato de hidroxicina comp. 25 mg	1	BC
clorhidrato de hidroxicina, comp. 50 mg	1	BC
pamoato de hidroxicina cáp. 100 mg	1	BC
pamoato de hidroxicina, cáp. 25 mg	1	BC
pamoato de hidroxicina, cáp. 50 mg	1	BC
Antileucotrienos		
SINGULAIR MAST. 4 MG	2	TP
SINGULAIR MAST. 5 MG	2	TP
SINGULAIR GRAN. 4 MG	2	TP
SINGULAIR COMP. 10 MG	2	TP
zafirlukast comp. 10 mg	1	BC
zafirlukast, comp. 20 mg	1	BC
ZYFLO CR COMP. 600 MG	2	
Broncodilatadores, anticolinérgicos		

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATROVENT HFA AER. 17 MCG	2	
ipratropio, sol. inhal. 0,02 %	1	BC B/D
ipratropio, atom. 0,03 %	1	BC
ipratropio, atom. 0,06 %	1	BC
ipratropio/ albuterol, sol.	1	BC B/D
SPIRIVA CÁP. HANDIHLR	2	
Broncodilatadores, inhibidores de la fosfodiesterasa (xantinas)		
aminofilina iny. 25 mg/ml	1	BC B/D
AMINOFILINA COMP. 100 MG	2	
AMINOFILINA COMP. 200 MG	2	
ELIXIFILIN ELX 80/15 ML	3	
teofilina comp. 100 mg lib. prol.	1	BC
teofilina comp. 200 mg lib. prol.	1	BC
teofilina, comp. de lib. prol., 300 mg	1	BC
TEOFILINA COMP. DE LIB. PROL. 450 MG	2	
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
albuterol nebulizado al 0,083 %	1	BC B/D
albuterol nebulizado al 0,5 %	1	BC B/D
albuterol nebulizado al 0,63 mg/3	1	BC B/D
albuterol nebulizado al 1,25 mg/3	1	BC B/D
albuterol, jarabe, 2 mg/5 ml	1	BC
albuterol, comp. 2 mg	1	BC
albuterol, comp. 4 mg	1	BC
albuterol, comp. 4 mg lib. prol.	1	BC
albuterol, comp. de lib. prol., 8 mg	1	BC
COMBIVENT AER.	2	
epinefrina iny. 0,1 mg/ml	1	BC B/D
EPIPEN 2-PAK INY. 0,3 MG	2	
EPIPEN-JR INY. 2-PAK	2	
FORADIL AEROLIZE, CÁP.	2	LC (60/30)
metaproterenol, jarabe, 10 mg/5 ml	1	BC
METAPROTERENOL, COMP. 10 MG	2	
METAPROTERENOL, COMP. 20 MG	2	
PROAIR HFA AER.	2	
PROVENTIL AER. HFA	2	
SEREVENT DISP. AER. 50 MCG	2	LC (60/30)
terbutalina, iny. 1 mg/ml	1	BC

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
terbutalina, comp. 2,5 mg	1	BC
terbutalina, comp. 5 mg	1	BC
Estabilizadores de mastocitos		
cromolín sódico nebulizado 20 mg/2 ml	1	BC B/D
Antihipertensivos pulmonares		
ADCIRCA COMP. 20 MG	4	
LETAIRIS COMP. 10 MG	4	LC (30/30)
LETAIRIS COMP. 5 MG	4	LC (60/30)
REMODULIN INY. 10 MG/ML	4	B/D
REMODULIN INY. 1 MG/ML	4	B/D
REMODULIN INY. 2,5 MG/ML	4	B/D
REMODULIN INY. 5 MG/ML	4	B/D
REVATIO COMP. 20 MG	4	LC (90/30)
TRACLEER COMP. 125 MG	4	DL
TRACLEER COMP. 62,5 MG	4	DL
Agentes para el tracto respiratorio, otros		
acetilcisteína sol. al 10 %	1	BC B/D
acetilcisteína sol. al 20 %	1	BC B/D
ARALAST NP INY. 400 MG	4	LA B/D
PROLASTINA INY. 500 MG	4	LA B/D
cloruro de sodio, neb. al 7 %	1	BC B/D
TYZINE SOL. 0,1 %	3	
TYZINE PED GOTAS AL 0,05 %	3	
XOLAIR SOL. 150 MG	4	AP DL
Sedantes/hipnóticos		
Sedantes/hipnóticos		
LUNESTA COMP. 1 MG	3	LC (30/30) AP
LUNESTA COMP. 2 MG	3	LC (30/30) AP
LUNESTA COMP. 3 MG	3	LC (30/30) AP
ROZEREM COMP. 8 MG	3	LC (30/30) AP
zaleplón cáp. 10 mg	1	LC (30/30) BC
zaleplón, cáp. 5 mg	1	LC (30/30) BC
zolpidem comp. 10 mg	1	LC (30/30) BC
zolpidem, comp. 5 mg	1	LC (30/30) BC
zolpidem de lib. prol. comp. 12,5 mg	3	LC (30/30)
zolpidem tar comp. 6,25 mg	3	LC (30/30)
Relajantes musculoesqueléticos		

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
Relajantes musculoesqueléticos		
carisoprodol comp. 350 mg	1	BC
carisopr/asa comp. 200-325	1	BC
carisoprodol asa/codeína comp.	1	BC
clorzoxazona comp. 500 mg	1	BC
ciclobenzaprina comp. 10 mg	1	BC
ciclobenzaprina comp. 5 mg	1	BC
metocarbamol comp. 500 mg	1	BC
metocarbamol comp. 750 mg	1	BC
orfenadrina iny. 30 mg/ml	1	BC B/D
orfenadrina comp. 100 mg de lib. prol.	1	BC
orfenadrina/asa/cafeína comp.	1	BC
Nutrientes terapéuticos/minerales/electrolitos		
Electrolitos/minerales		
AMINOSYN/D25 INY. II 3,5 %	3	B/D
AMINOSYN/D25 INY. II 4,25 %	3	B/D
DEXFERRUM INY. 50 MG/ML	4	B/D
dextrosa iny. al 10 %	1	BC B/D
d10w/nacl iny. al 0,2 %	1	BC B/D
d2,5w/nacl iny. al 0,45 %	1	BC B/D
dextrosa iny. al 5 %	1	BC B/D
d5w/nacl iny. al 0,2 %	1	BC B/D
d5w/nacl iny. al 0,33 %	1	BC B/D
Glucosa 5 %/NaCl 0,45 % iny.	1	BC B/D
d5w/nacl iny. al 0,9 %	1	BC B/D
FERAHEME INY. 510/17 ML	4	B/D
FERRLECIT INY. 12,5 MG/M	4	B/D
INFED INY. 50 MG/ML	4	B/D
intralípido iny. 20 %	1	BC B/D
KCL/D5W/LR INY. 0,3 %	2	B/D
Klor-Con 10 comp. 10 meq de lib. prol.	1	BC
Klor-Con 8 comp. 8 meq de lib. prol.	1	BC
Klor-Con m 20 comp. 20 meq de lib. prol.	1	BC
lactato sódico solución compuesta iny.	1	BC B/D
lactado sódico compuesto para irrigación, sol.	1	BC B/D
lactado sódico solución compuesta iny. viaflex	1	BC B/D
cloruro potásico iny. 20 meq	1	BC B/D

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
cloruro potásico iny. 10 meq	1	BC B/D
cloruro potásico iny. 30 meq	1	BC B/D
cloruro potásico cápsulas 10 meq de lib. prol.	1	BC
cloruro potásico microcomprimidos 10 meq de lib. prol.	1	BC
cloruro potásico microcomp. de 20 meq de lib. prol.	1	BC
cloruro potásico comp. 8 meq de lib. sost.	1	BC
citrato potásico comp. 1080 mg	1	BC
citrato potásico comp. 540 mg	1	BC
lavado salino iny. 0,9 %	1	BC
bicarbonato sódico iny. 7,5 %	1	BC B/D
cloruro sódico iny. 2,5/ml	1	BC B/D
cloruro sódico iny. al 3 %	1	BC B/D
cloruro sódico iny. 5 %	1	BC B/D
cloruro sódico sol. 0,9 % para irrigación	1	BC
floruro sódico, comp. 2,2 mg	1	BC
electrolitos iny. npt	1	BC B/D
VENOFER INY. 20 MG/ML	4	B/D
Nutrientes terapéuticos/minerales/electrolitos		
cloruro potásico líq. 20 %	1	BC
cloruro potásico sol. 10 % sf	1	BC
Vitaminas		
PRENATABS OBN COMP.	2	

B/D = Parte B o Parte D de Medicare AP = Autorización previa LC = Límite de calidad
TP = Terapia de pasos BC = Brecha de cobertura. Ofrecemos cobertura de estos medicamentos con receta médica durante la brecha de cobertura.
Consulte la Constancia de cobertura para obtener más información sobre la cobertura.
DL = Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible sólo en algunas farmacias.
Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicio al cliente al (505) 923-6060 (área de Albuquerque) o al número gratuito 1-800-797-5343 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de octubre al 14 de febrero) y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 15 de febrero al 14 de octubre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al cliente a info@phs.org o visitar nuestro sitio web en www.phs.org.

Los siguientes fármacos están sujetos a autorización de la Parte B o D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso e indicaciones del fármaco para tomar una determinación.				
Acetilcisteína	Busulfex	Gamastan S/D	Naloxona	Remicade
Aciclovir sódico	Campath	Gammagard	Nebupent	Rituxan
Sulfato de albuterol	Carimune Nanofiltered	Gamunex	Neoral	Sandimmune
Alimta	Cellcept	Ganciclovir solución	Orencia	Tacrolimus
Aloxi	Cromolín sódico	Granisetrona	Oxaliplatino	Cipionato de testosterona
Amphotec	Ciclofosfamida	Hizentra	Pentam 300	Enantato de testosterona
Anzemet	Ciclosporina	Intralipid, emulsión	Procrit/Epogen	Tev-Tropin
Arzerra	Ciclosporina modificada	Bromuro de ipratropio	Prograf	Tobi
Avastin	Emend	Bromuro de ipratropio/Sulfato de Albuterol	Prolastin	Tymoglobulin
Azatioprina	Etoposida	Leukine	Pulmicort	Vfend
Bleomicina	Firmagon	Micofenolato mofetilo	Pulmozyme	Zortress
Budesonido suspensión	Fludarabina	Myfortic	Rapamune	Zyvox

A

ABILIFY DISC COMP. 10 MG 40
ABILIFY DISC COMP. 15 MG 33
ABILIFY INY. 9,75 MG 33
ABILIFY SOL. 1 MG/ML 33
ABILIFY COMP. 2 MG 40
ABILIFY COMP. 5 MG 40
ABILIFY COMP. 10 MG 40
ABILIFY COMP. 15 MG 33
ABILIFY COMP. 20 MG 33
ABILIFY COMP. 30 MG 33
acarbosa comp. 25 mg 41
acarbosa comp. 50 mg 41
acarbosa comp. 100 mg 41
acebutolol cáp. 200 mg 46
acebutolol cáp. 400 mg 47
acetazolamida comp. 125 mg 50
acetazolamida comp. 250 mg 50
ácido acético en solución /hidrocortisona óticas 79
acetilcisteína sol. al 10 % 82
acetilcisteína sol. al 20 % 82
ACIPHEX COMP. 20 MG 61
ACTHIB INY. 74
ACTIMMUNE INY. 2 MU/0,5 73
ACTIVELLA COMP. 0,5-0,1 66
ACTONEL COMP. 5 MG 76
ACTONEL COMP. 30 MG 76
ACTONEL COMP. 35 MG 76
ACTONEL COMP. 150 MG 76
ACTOPLUS MET COMP. 15/500 MG 41
ACTOPLUS MET COMP. 15/850 MG 41
ACTOS COMP. 15 MG 41
ACTOS COMP. 30 MG 41
ACTOS COMP. 45 MG 41
aciclovir cáp. 200 mg 39
aciclovir na iny. 500 mg 39
aciclovir susp. 200/5 ml 39
aciclovir comp. 400 mg 39
aciclovir comp. 800 mg 39
ADACEL INY. 74
ADAGEN INY. 250/ML 59
adapaleno crema 0,1 % 58
adapaleno gel 0,1 % 58
ADCIRCA COMP. 20 MG 82
ADVAIR DISKUS AER. 100/50 79
ADVAIR DISKUS AER. 250/50 79
ADVAIR DISKUS AER. 500/50 79
ADVAIR HFA AER. 45/21 79
ADVAIR HFA AER. 115/21 79
ADVAIR HFA AER. 230/21 79
ADVICOR COMP. 500-20 MG 51
ADVICOR COMP. 750-20 MG 51
ADVICOR COMP. 1000-20 51
ADVICOR COMP. 1.000-40 51
AFINITOR COMP. 2,5 MG 31
AFINITOR COMP. 5 MG 31
AFINITOR COMP. 10 MG 31
AGGRENOX CÁP. 25-200 MG 45
Ala-Cort loción 1 % 62
ALBENZA COMP. 200 MG 32
albuterol nebulizado al 0,5 % 81
albuterol nebulizado al 0,63 mg/3 81
albuterol nebulizado al 0,083 % 81
albuterol nebulizado al 1,25 mg/3 81
albuterol, jarabe, 2 mg/5 ml 81
albuterol, comp. 2 mg 81
albuterol, comp. 4 mg 81
albuterol, comp. 4 mg de lib. prol. 81
albuterol, comp. de lib. prol., 8 mg 81
alclometasona crema 0,05 % 62
alclometasona pomada 0,05 % 62
alcohol en gasa impregnada 77
ALDACTAZIDE COMP. 50/50 52
ALDURAZYME INY. 2,9 MG/5 M 59
alendronato comp. 5 mg 76
alendronato comp. 10 mg 76
alendronato comp. 35 mg 76
alendronato comp. 40 mg 76
alendronato comp. 70 mg 76
ALIMTA INY. 500 MG 30
alopurinol comp. 100 mg 27
alopurinol comp. 300 mg 27
ALOCRIL SOL. AL 2 % 77
ALOMIDE SOL. OFTALM. AL 0,1 % 77
ALORA DIS. 0,1 MG 66
ALORA DIS. 0,05 MG 66
ALORA DIS. 0,025 MG 66
ALORA DIS. 0,075 MG 66
ALOXI INY. 0,25 MG/5 25
ALPHAGAN P SOL. AL 0,1 % 78
ALREX SUSP. AL 0,2 % 78
amantadina cáp. 100 mg 32
AMANTADINE COMP. 100 MG 32
amcinonida crema 0,1 % 62
AMCINONIDA POMADA 0,1 % 62
amifostina iny. 500 mg 30
amikacina iny. 100/2 ml 12
amikacina iny. 500/2 ml 12
amilorida/hidroclorotiazida comp. 5-50 50
amilorida comp. 5 mg 50
aminofilina iny. 25 mg/ml 81

AMINOFILINA COMP. 100 MG 81
AMINOFILINA COMP. 200 MG 81
AMINOSYN/D25 INY. II 3,5 %..... 83
AMINOSYN/D25 INY. II 4,25 %..... 83
amiodarona iny. 50 mg/ml 46
amiodarona comp. 200 mg..... 46
amiodarona comp. 400 mg..... 46
AMITIZA CÁP. 8 MCG 60
AMITIZA CÁP. 24 MCG 60
amitriptilina comp. 10 mg..... 23
amitriptilina comp. 25 mg..... 23
amitriptilina comp. 50 mg..... 23
amitriptilina comp. 75 mg..... 23
amitriptilina comp. 100 mg..... 23
amitriptilina comp. 150 mg..... 23
amlodipina/benazepril cáp. 2,5-10 mg..... 52
amlodipina/benazepril cáp. 5-10 mg..... 52
amlodipina/benazepril cáp. 5-20 mg..... 52
amlodipina/benazepril cáp. 5-40 mg..... 48
amlodipina/benazepril cáp. 10-20 mg..... 52
amlodipina/benazepril cáp. 10-40 mg..... 48
amlodipina comp. 2,5 mg..... 48
amlodipina comp. 5 mg..... 48
amlodipina comp. 10 mg..... 48
lactato de amonio sol. 12 %..... 58
AMOXAPINE COMP. 25 MG 23
AMOXAPINE COMP. 50 MG 23
AMOXAPINE COMP. 100 MG 23
AMOXAPINE COMP. 150 MG 23
amoxicilina cáp. 250 mg..... 14
amoxicilina cáp. 500 mg..... 14
amoxicilina masticable de 125 mg..... 14
amoxicilina masticable 250 mg 14
amoxicilina susp. 125/5 ml..... 15
amoxicilina susp. 200/5 ml..... 15
amoxicilina susp. 250/5 ml..... 15
amoxicilina susp. 400/5 ml..... 15
amoxicilina comp. 500 mg..... 15
amoxicilina comp. 875 mg..... 15
amoxicilina/clavulanato de potasio
masticable 200 mg 15
amoxicilina/clavulanato de potasio
masticable 400 mg 15
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 200/5 ml.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 250/5 ml.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 400/5 ml.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio susp. 600/5 ml.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 250 mg.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 500 mg.. 15
amoxicilina/clavulanato de potasio comp. 875 mg.. 15
ANFETAMINA CÁP. 5 MG DE LIB. PROL. 57
ANFETAMINA CÁP. 10 MG DE LIB. PROL. 56
ANFETAMINA CÁP. 15 MG DE LIB. PROL. 56
ANFETAMINA CÁP. 20 MG DE LIB. PROL. 56
ANFETAMINA CÁP. 25 MG DE LIB. PROL. 56
ANFETAMINA CÁP. 30 MG DE LIB. PROL. 56
anfetamina comp. 5 mg 56
anfetamina comp. 7,5 mg 56
anfetamina comp. 10 mg 56
anfetamina comp. 12,5 mg 56
anfetamina comp. 15 mg 56
anfetamina comp. 20 mg 56
anfetamina comp. 30 mg 56
AMPHOTEC INY. 50 MG..... 26
ANFOTERICINA INY. 50 MG 26
ampicilina cáp. 250 mg 15
ampicilina cáp. 500 mg 15
ampicilina iny. 1 g 15
ampicilina iny. 10 g 15
AMPICILINA SUSP. 125/5 ML..... 15
AMPICILINA SUSP. 250/5 ML..... 15
ANADROL-50 COMP. 50 MG 65
anagrelida cáp. 0,5 mg..... 45
anagrelida cáp. 1 mg..... 45
anastrozol comp. 1 mg..... 31
ANCOBON CÁP. 250 MG 26
ANCOBON CÁP. 500 MG 26
ANDRODERM DIS. 2,5 MG/24..... 65
ANDRODERM DIS. 5 MG/24 HR..... 65
ANDROGEL GEL 1 % (50 MG)..... 65
ANDROXY COMP. 10 MG..... 65
ANTABUSE COMP. 250 MG 25
ANTABUSE COMP. 500 MG 25
ANZEMET COMP. 50 MG 25
ANZEMET COMP. 100 MG 25
apap/codeína sol. 120-12/5 8
apap/codeína comp. 300-15 mg 8
apap/codeína comp. 300-30 mg 8
apap/codeína comp. 300-60 mg 8
APOKYN INY. 32
apraclonidina sol. oftalm. al 0,5 %..... 78
Apri comp..... 68
APTIVUS CÁP. 250 MG 38
APTIVUS SOL. 38
ARALAST NP INY. 400 MG..... 82
ARCALYST INY. 220 MG 72
ARIXTRA SOL. 2,5/0,5 43
ARIXTRA SOL. 5,0/0,4 43
ARIXTRA SOL. 7,5/0,6 43
ARIXTRA SOL. 10/0,8 43
ARMOUR THYRO COMP. 15 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 30 MG 69

ARMOUR THYRO COMP. 60 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 90 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 120 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 180 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 240 MG 69
ARMOUR THYRO COMP. 300 MG 69
AROMASIN COMP. 25 MG 31
ARZERRA CON. 100/5 ML 31
ASACOL COMP. 400 MG LIB. LENTA 75
ASMANEX 30 AER. 110 MCG 79
ASMANEX 60 AER 220 MCG 79
ASMANEX 120 AER. 220 MCG 79
ATACAND HCT COMP. 16-12,5 52
ATACAND HCT COMP. 32-12,5 52
ATACAND HCT COMP. 32-25 MG 53
ATACAND COMP. 4 MG 52
ATACAND COMP. 8 MG 52
ATACAND COMP. 16 MG 52
ATACAND COMP. 32 MG 52
ATELVIA COMP. 76
atenolol/clortalidona comp. 50-25 mg 47
atenolol/clortalidona comp. 100-25 mg 47
atenolol comp. 25 mg 47
atenolol comp. 50 mg 47
atenolol comp. 100 mg 47
ATRIPLA COMP. 37
sulfato de atropina, iny. al 0,1 mg/ml 59
sulfato de atropina, pomada al 1 % oftalm. 77
sulfato de atropina, sol. al 1 % oftalm. 77
ATROVENT HFA AER. 17 MCG 81
betametasona aumentada en crema al 0,05 % 62
betametasona aumentada en gel al 0,05 % 62
betametasona aumentada en loción al 0,05 % 62
betametasona aumentada pomada al 0,05 % 62
AVALIDE COMP. 150-12,5 53
AVALIDE COMP. 300-12,5 53
AVALIDE COMP. 300-25 MG 53
AVANDAMET COMP. 2-500 MG 41
AVANDAMET COMP. 2-1000 MG 41
AVANDAMET COMP. 4-500 MG 41
AVANDAMET COMP. 4-1000 MG 41
AVANDIA COMP. 2 MG 41
AVANDIA COMP. 4 MG 41
AVANDIA COMP. 8 MG 41
AVAPRO COMP. 75 MG 53
AVAPRO COMP. 150 MG 53
AVAPRO COMP. 300 MG 53
AVASTIN INY. 31
AVELOX ABC COMP. 400 MG 16
AVELOX COMP. 400 MG 16
Aviane comp. 68
AVINZA CÁP. 30 MG 8
AVINZA CÁP. 45 MG 8
AVINZA CÁP. 60 MG 8
AVINZA CÁP. 75 MG 8
AVINZA CÁP. 90 MG 8
AVINZA CÁP. 120 MG 8
AVODART CÁP. 0,5 MG 62
AVONEX KIT 30 MCG 73
AVONEX PREFL KIT 30 MCG 73
azatioprina comp. 50 mg 72
azelastina en gotas al 0,05 % 77
azelastina atom. al 0,1 % 80
AZELEX CREMA AL 20 % 58
azitromicina iny. 500 mg 15
azitromicina comp. 250 mg 16
azitromicina comp. 500 mg 16
azitromicina comp. 600 mg 16
AZOPT SUSP. OFTALM. AL 1 % 78
aztreonam iny. 2 g 14

B

bacitracina/polimixina pomada oftalm. 77
BACITRACINA POMADA OFTALM. 77
baclofeno comp. 10 mg 37
baclofeno comp. 20 mg 37
BACTROBAN CREMA 2 % 12
BACTROBAN POMADA NASAL 2 % 12
balsalazida cáp. 750 mg 75
balziva comp. 66
BANZEL COMP. 200 MG 17
BANZEL COMP. 400 MG 17
BARACLUDE COMP. 0,5 MG 39
BARACLUDE COMP. 1 MG 39
benazepril/hidroclorotiazida comp. 5-6,25 53
benazepril/hidroclorotiazida comp. 10-12,5 53
benazepril/hidroclorotiazida comp. 20-12,5 53
benazepril/hidroclorotiazida comp. 20-25 mg 53
benazepril comp. 5 mg 53
benazepril comp. 10 mg 53
benazepril comp. 20 mg 53
benazepril comp. 40 mg 53
BENICAR HCT COMP. 20-12,5 53
BENICAR HCT COMP. 40-12,5 53
BENICAR HCT COMP. 40-25 MG 53
BENICAR COMP. 5 MG 53
BENICAR COMP. 20 MG 53
BENICAR COMP. 40 MG 53
benztropina comp. 0,5 mg 32
benztropina comp. 1 mg 32
benztropina comp. 2 mg 32
dipropionato de betametasona, crema al 0,05 % 62

dipropionato de betametasona, loción al 0,05 %..... 62
dipropionato de betametasona, pomada al 0,05 %. 62
valerato de betametasona, crema al 0,1 % 63
valerato de betametasona, loción al 0,1 % 63
valerato de betametasona, pomada al 0,1 %..... 63
BETAXOLOL SOL. OFTALM. AL 0,5 % 78
betaxolol comp. 10 mg 47
betaxolol comp. 20 mg 47
betanecol comp. 5 mg 62
betanecol comp. 10 mg 62
betanecol comp. 25 mg 62
betanecol comp. 50 mg 62
BETOPTIC-S SUSP. OFTALM. AL 0,25 % 78
BEYAZ COMP. 66
bicalutamida comp. 50 mg 71
BICILLIN C-R INY. 900/300 15
BICILLIN C-R INY. 1200000 15
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 2,5/6,25 47
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 5/6,25 mg..... 47
bisoprolol/hidroclorotiazida comp. 10/6,25 47
bisoprolol, fumarato, comp. 5 mg..... 47
fumarato de bisoprolol, comp. 10 mg 47
bleomicina iny. 30 unidades..... 30
BLEPHAMIDE POMADA S.O.P. 78
BLEPHAMIDE SUSP. OFTALM. 78
BOOSTRIX INY. 74
BOTOX INY. 100 UNIDADES 77
brimonidina sol. oftalm. al 0,2 %. 78
brimonidina sol. al 0,15 % 78
bromocriptina cáp. 5 mg..... 32
bromocriptina comp. 2,5 mg 32
budeprion xl comp. 150 mg 21
budeprion xl comp. 300 mg 21
budesonida susp. 0,5 mg/2 79
budesonida susp. de 0,25 mg/2 79
bumetanida iny. 0,25/ml 50
bumetanida comp. 0,5 mg..... 50
bumetanida comp. 1 mg..... 50
bumetanida comp. 2 mg..... 50
BUPHENYL COMP. 500 MG 59
buprenorfina iny. 0,3 mg/ml 8
buprenorfina sublingual de 2 mg 25
buprenorfina subling. 8 mg 25
buproban comp. 150 mg 25
bupropion comp. 75 mg 21
bupropión comp. 100 mg 21
bupropion comp. 100 mg de lib. sost..... 21
bupropion comp. 150 mg de lib. sost..... 21
bupropion comp. 200 mg de lib. sost..... 21
buspirona comp. 5 mg 40
BUSPIRONA COMP. 7,5 MG..... 40
buspirona comp. 10 mg 40
buspirona comp. 15 mg 40
buspirona comp. 30 mg 40
BYETTA INY. 5 MCG 41
BYETTA INY. 10 MCG 41
BYSTOLIC COMP. 2,5 MG 47
BYSTOLIC COMP. 5 MG 47
BYSTOLIC COMP. 10 MG 47
BYSTOLIC COMP. 20 MG 47

C

cabergolina comp. 0,5 mg 71
CAFERGOT COMP. 1-100 MG 27
acetato de calcio, cáp. 667 mg..... 62
calcipotrieno sol. al 0,005 % 58
calcitonina atom. 200/act..... 76
calcitriol cáp. 0,5 mcg..... 76
calcitriol cáp. 0,25 mcg..... 76
calcitriol iny. 1 mcg/ml..... 76
calcitriol sol. 1 mcg/ml 76
Camila comp. 0,35 mg 68
CAMPATH INY. 30 MG/ML 31
CAMPRAL COMP. 333 MG 25
CANASA SUP 1000 MG 75
CAPASTAT SULF. INY. 1 G 29
captopril/hidroclorotiazida comp. 25-15 mg..... 51
captopril/hidroclorotiazida comp. 25-25 mg..... 51
captopril/hidroclorotiazida comp. 50-15 mg..... 51
captopril/hidroclorotiazida comp. 50-25 mg..... 51
captopril comp. 12,5 mg 51
captopril comp. 25 mg 51
captopril comp. 50 mg 51
captopril comp. 100 mg 51
CARAC CREMA AL 0,5 %..... 58
CARAFATE SUSP. 1 GM/10 ML..... 61
carbamazepina masticable 100 mg..... 19
carbamazepina susp. 100/5 ml 20
carbamazepina comp. 200 mg 20
carbamazepina comp. 200 mg de lib. prol..... 20
carbamazepina comp. 400 mg de lib. prol..... 20
CARBATROL CÁP. 100 MG 20
CARBATROL CÁP. 200 MG 20
CARBATROL CÁP. 300 MG 20
carbidopa/levodopa comp. de lib.
prol. 25-100 mg..... 32
carbidopa/levodopa comp. de lib.
sost. 50-200 mg..... 33
carbidopa/levodopa comp. 10-100 mg 32
carbidopa/levodopa comp. 25-100 mg 32
carbidopa/levodopa comp. 25-250 mg 32
CARIMUNE NF INJ 3 GM 73

carisopr/asa comp. 200-325 ... 83
carisoprodol comp. 350 mg ... 83
carisoprodol asa/codeína comp. ... 83
carteolol sol. oftalm. al 1 % ... 78
carvedilol comp. 3,125 mg ... 47
carvedilol comp. 6,25 mg ... 47
carvedilol comp. 12,5 mg ... 47
carvedilol comp. 25 mg ... 47
CEENU CÁP. 10 MG ... 29
CEENU CÁP. 40 MG ... 29
CEENU CÁP. 100 MG ... 29
cefaclor cáp. 250 mg ... 13
cefaclor cáp. 500 mg ... 13
CEFACLOR COMP. 500 MG LIB. PROL. ... 13
cefadroxil cáp. 500 mg ... 13
cefadroxil susp. 250/5 ml ... 13
cefadroxil susp. 500/5 ml ... 13
cefadroxil comp. 1 g ... 13
cefazolina iny. 1 g ... 13
cefazolina iny. 20 g ... 13
cefazolina iny. 500 mg ... 13
cefdinir cáp. 300 mg ... 13
cefdinir susp. 125/5 ml ... 13
cefdinir susp. de 250/5 ml ... 13
cefepima iny. 1 g ... 13
cefepima iny. 2 g ... 13
cefotaxima iny. 1 g ... 13
cefotaxima iny. 2 g ... 14
cefotaxima iny. 10 g ... 13
cefotaxima iny. 500 mg ... 14
cefpodoxima proxetil susp. 50 mg/5 ml ... 14
cefpodoxima proxetil susp. 100/5 ml ... 14
cefpodoxima comp. 100 mg ... 14
cefpodoxima comp. 200 mg ... 14
cefprozil susp. 125/5 ml ... 14
cefprozil susp. 250/5 ml ... 14
cefprozil comp. 250 mg ... 14
cefprozil comp. 500 mg ... 14
CEFTIN SUSP. 250/5 ML ... 14
ceftriaxona iny. 10 g ... 14
ceftriaxona iny. 250 mg ... 14
ceftriaxona iny. 500 mg ... 14
cefuroxima iny. 1,5 g ... 14
cefuroxima iny. 7,5 g ... 14
cefuroxima iny. 750 mg ... 14
cefuroxima susp. 125/5 ml ... 14
cefuroxima comp. 250 mg ... 14
cefuroxima comp. 500 mg ... 14
CELEBREX CÁP. 50 MG ... 11
CELEBREX CÁP. 100 MG ... 11
CELEBREX CÁP. 200 MG ... 11
CELEBREX CÁP. 400 MG ... 11
CELLCEPT CÁP. 250 MG ... 72
CELLCEPT IV INY. 500 MG ... 72
CELLCEPT SUSP. 200 MG/ML ... 72
CELLCEPT COMP. 500 MG ... 72
CELONTIN CÁP. 300 MG ... 17
CENESTIN COMP. 0,3 MG ... 66
CENESTIN COMP. 0,9 MG ... 66
CENESTIN COMP. 0,45 MG ... 66
CENESTIN COMP. 0,625 MG ... 66
CENESTIN COMP. 1,25 MG ... 66
cefalexina cáp. 250 mg ... 14
cefalexina cáp. 500 mg ... 14
cefalexina susp. 125/5 ml ... 14
cefalexina susp. 250/5 ml ... 14
CEREDASE INY. 80 UNIDADES/ML ... 59
CEREZYME INY. 200 UNIDADES ... 59
CERVARIX INY. ... 74
CHANTIX PAK 0,5 Y 1 MG ... 25
CHANTIX COMP. 0,5 MG ... 25
CHANTIX COMP. 1 MG ... 25
CLORANFENICOL INY. 1 G ... 12
gluconato de clorhexidina, sol. al 0,12 % ... 57
cloroquina comp. 250 mg ... 32
cloroquina comp. 500 mg ... 32
clorotiazida comp. 250 mg ... 50
clorotiazida comp. 500 mg ... 50
CLORPROMACINA INY. 25 MG/ML ... 35
clorpromacina comp. 10 mg ... 35
clorpromacina comp. 25 mg ... 35
clorpromacina comp. 50 mg ... 35
clorpromacina comp. 100 mg ... 35
clorpromacina comp. 200 mg ... 35
clortalidona comp. 25 mg ... 50
clortalidona comp. 50 mg ... 50
CLORTALIDONA COMP. 100 MG ... 50
clorzoxazona comp. 500 mg ... 83
colestiramina polvo 4 g ... 51
colestiramina polvo 4 g lite ... 51
ciclopiroxolamina crema al 0,77 % ... 26
ciclopiroxolamina gel al 0,77 % ... 26
ciclopiroxolamina champú al 1 % ... 26
ciclopiroxolamina sol. al 8 % ... 26
ciclopiroxolamina susp. al 0,77 % ... 26
cilostazol comp. 50 mg ... 45
cilostazol comp. 100 mg ... 45
CILOXAN POMADA AL 0,3 % OFTALM. ... 77
cimetidina comp. 200 mg ... 60
cimetidina comp. 300 mg ... 60
cimetidina comp. 400 mg ... 60
cimetidina comp. 800 mg ... 60

CINRYZE SOL. 500 UNIDADES 45
CIPRO (5 %) SUSP. 250 MG/5..... 16
CIPRO (10 %) SUSP. 500 MG/5..... 16
CIPRODEX SUSP. AL 0,3-0,1 % 79
ciprofloxacina iny. 200 mg..... 16
ciprofloxacina iny. 400 mg..... 16
ciprofloxacina sol. al 0,3 % oftalm. 77
ciprofloxacina comp. 100 mg 16
ciprofloxacina comp. 250 mg 16
ciprofloxacina comp. 500 mg 16
ciprofloxacina comp. 750 mg 16
CIPRO HC SUSP. ÓTICA 79
citalopram sol. 10 mg/5 ml 22
citalopram comp. 10 mg 22
citalopram comp. 20 mg 22
citalopram comp. 40 mg 22
cladribina iny. 1 mg/ml 30
claritromicina susp. 125/5 ml 16
claritromicina susp. 250/5 ml 16
claritromicina comp. 250 mg 16
claritromicina comp. 500 mg 16
claritromicina comp. 500 mg de lib. prol. 16
CLEOCIN CÁP. 75 MG 12
CLEOCIN INY. 300 MG 12
CLEOCIN INY. 600 MG 12
CLEOCIN INY. 900 MG 12
CLIMARA DIS. 0,1 MG..... 66
CLIMARA DIS. 0,05 MG..... 66
CLIMARA DIS. 0,06 MG..... 66
CLIMARA DIS. 0,025 MG..... 66
CLIMARA DIS. 0,075 MG..... 67
CLIMARA DIS. 0,0375 MG..... 66
clindamicina/benzoilo gel al 1-5 % 58
clindamicina cáp. 150 mg 12
clindamicina cáp. 300 mg 12
clindamicina gel 1 %..... 12
clindamicina sol. al 1 % 58
clindamicina sol. 75 mg/5 ml 12
clobetasol crema al 0,05 % 63
clobetasol e crema al 0,05 % 63
clobetasol gel al 0,05 % 63
clobetasol pomada al 0,05 % 63
clobetasol sol. al 0,05 %..... 63
clomipramina cáp. 25 mg 23
clomipramina cáp. 50 mg 23
clomipramina cáp. 75 mg 23
clonidina dis. 0,1/24 hr 45
clonidina dis. 0,2/24 hr 45
clonidina dis 0,3/24 hr 45
clonidina comp. 0,1 mg 45
clonidina comp. 0,2 mg 45
clonidina comp. 0,3 mg..... 45
clotrimazol past. 10 mg 26
clotrimazol/betametasona crema dipropionato 26
clotrimazol/betametasona loción dipropionato 26
clozapina comp. 25 mg 34
clozapina comp. 50 mg 34
clozapina comp. 100 mg 33
clozapina comp. 200 mg 33
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 15 MG 8
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 30 MG 8
SULFATO DE CODEÍNA COMP. 60 MG 8
COLCRYS COMP. 0,6 MG 27
colestipol gran. 5 g..... 51
colestipol comp. 1 g..... 51
colistinmetato iny. 150 mg 12
COMBIGAN SOL. AL 0,2/0,5 %..... 78
COMBIPATCH DIS. 0,05/0,14 68
COMBIPATCH DIS. 0,05/0,25 68
COMBIVENT AER. 81
COMBIVIR COMP. 37
COMTAN COMP. 200 MG 33
COMVAX INY. 74
CONCERTA COMP. 18 MG 57
CONCERTA COMP. 27 MG 57
CONCERTA COMP. 36 MG 57
CONCERTA COMP. 54 MG 57
COPAXONE KIT 20 MG/ML 74
CORTISONA AC COMP. 25 MG 63
COUMADIN COMP. 1 MG..... 43
COUMADIN COMP. 2,5 MG..... 43
COUMADIN COMP. 2 MG..... 43
COUMADIN COMP. 3 MG..... 44
COUMADIN COMP. 4 MG..... 44
COUMADIN COMP. 5 MG..... 44
COUMADIN COMP. 6 MG..... 44
COUMADIN COMP. 7,5 MG..... 44
COUMADIN COMP. 10 MG..... 43
CREON CÁP. 6.000 UNIDADES..... 59
CREON CÁP. 12.000 UNIDADES..... 59
CREON CÁP. 24.000 UNIDADES..... 59
CRESTOR COMP. 5 MG 51
CRESTOR COMP. 10 MG 51
CRESTOR COMP. 20 MG 51
CRESTOR COMP. 40 MG 51
CRIXIVAN CÁP. 100 MG 38
CRIXIVAN CÁP. 200 MG 38
CRIXIVAN CÁP. 400 MG 38
cromolín sódico nebulizado 20 mg/2 ml 82
cromolín sódico sol. oftalm. al 4 % 77
CUBICINA SOL. 500 MG..... 12
CUPRIMINE CÁP. 250 MG..... 24

curity, compresa de gasa 2 77
Cyclafem comp. 1/35 66
Cyclafem comp. 7/7/7 66
ciclobenzaprina comp. 5 mg 83
ciclobenzaprina comp. 10 mg 83
CYCLOPHOSPH INY. 1 G..... 30
CYCLOPHOSPH INY. 500 MG 30
CYCLOPHOSPH COMP. 25 MG 30
CYCLOPHOSPH COMP. 50 MG 30
ciclosporina cap. 25 mg 72
CYCLOSPORINE CÁP. 50 MG MOD. 72
ciclosporina cáp. 100 mg 72
ciclosporina cáp. 100 mg mod. 72
ciclosporina iny. 50 mg/ml 72
ciclosporina modificada sol. 72
CYKLOKAPRON INY. 100 MG/ML 45
CYMBALTA CÁP. 20 MG..... 22
CYMBALTA CÁP. 30 MG..... 22
CYMBALTA CÁP. 60 MG..... 22
ciproheptadina jarabe 2 mg/5 ml..... 80
ciproheptadina comp. 4 mg 80
CYSTADANE POLVO..... 59
CYSTAGON CÁP. 50 MG 59
CYSTAGON CÁP. 150 MG 59

D

d2,5w/nacl iny. al 0,45 %..... 83
d5w/nacl iny. al 0,2 %..... 83
d5w/nacl iny. al 0,9 %..... 83
d5w/nacl iny. al 0,33 %..... 83
Glucosa 5 %/NaCl 0,45 % iny. 83
d10w/nacl iny. al 0,2 %..... 83
danazol cáp. 50 mg 65
danazol cáp. 100 mg 65
danazol cáp. 200 mg 65
DAPSONE COMP. 25 MG..... 29
DAPSONE COMP. 100 MG..... 28
DAPTACEL INY..... 74
DARAPRIM COMP. 25 MG..... 32
DAUNOXOME INY. 2 MG/ML..... 30
DECAVAC INY. 5-2LF..... 74
DENAVIR CREMA AL 1 % 39
DEPACON INY. 100 MG/ML..... 18
DEPAKENE CÁP. 250 MG..... 18
DEPAKENE JARABE 250/5 ML..... 18
DEPAKOTE ER COMP. 250 MG..... 18
DEPAKOTE ER COMP. 500 MG..... 18
DEPAKOTE SPR CÁP. 125 MG..... 18
DEPAKOTE COMP. 125 MG LIB. LENTA 18
DEPAKOTE COMP. 250 MG LIB. LENTA 18
DEPAKOTE COMP. 500 MG LIB. LENTA 18
DERMOTIC POMADA AL 0,01 %..... 79
desipramina comp. 10 mg 23
desipramina comp. 25 mg 23
desipramina comp. 50 mg 24
desipramina comp. 75 mg 24
desipramina comp. 100 mg 23
desipramina comp. 150 mg 23
desmopresina iny. 4 mcg/ml..... 65
desmopresina sol. al 0,01 %..... 65
desmopresina comp. 0,1 mg 65
desmopresina comp. 0,2 mg 65
desonida crema al 0,05 % 63
desonida loción al 0,05 % 63
desonida pomada al 0,05 % 63
desoximetasona crema al 0,05 %..... 63
desoximetasona crema al 0,25 %..... 63
desoximetasona gel al 0,05 %..... 63
desoximetasona pomada al 0,25 % 63
DETROL LA CÁP. 2 MG..... 61
DETROL LA CÁP. 4 MG..... 61
DETROL COMP. 1 MG 61
DETROL COMP. 2 MG 61
DEXAMETASONA CON. 1 MG/ML..... 63
dexametasona elixir al 0,5/5 ml..... 63
dexametasona comp. 0,5 mg 63
dexametasona comp. 0,75 mg 63
dexametasona comp. 1,5 mg 63
DEXAMETASONA COMP. 1 MG..... 63
DEXAMETASONA COMP. 2 MG..... 63
dexametasona comp. 4 mg 63
dexametasona comp. 6 mg 63
dexametasona fosfato iny. 4 mg/ml..... 63
DEXFERRUM INY. 50 MG/ML..... 83
dextroanfetamina cáp. 5 mg de lib. prol. 56
dextroanfetamina cáp. 10 mg de lib. prol. 56
dextroanfetamina cáp. 15 mg de lib. prol. 56
dextroanfetamina comp. 5 mg 56
DEXTROANFETAMINA COMP. 10 MG 56
dextrosa iny. al 5 % 83
dextrosa iny. al 10 % 83
diclofenac sol. oftalm. al 0,1 % 78
diclofenac comp. 25 mg cub. ent..... 11
diclofenac comp. 50 mg cub. ent..... 11
diclofenac comp. 75 mg lib. lenta..... 11
diclofenac comp. 100 mg lib. prol..... 11
diclofenac potásico comp. 50 mg..... 11
dicloxacilina cáp. 250 mg..... 15
dicloxacilina cáp. 500 mg..... 15
diciclomina cáp. 10 mg 59
diciclomina iny. 10 mg/ml 59
diciclomina sol. 10 mg/5 ml..... 59

diciclomina comp. 20 mg ... 59
didanosina cáp. 125 mg ... 37
didanosina cáp. 200 mg ... 37
didanosina cáp. 250 mg ... 37
didanosina cáp. 400 mg ... 37
DIFLORASONA CREMA AL 0,05 % ... 63
diflorasona pomada al 0,05 % ... 63
DIFLUCAN/ INY. NACL 200 ... 26
DIGOXINA SOL. 50 MCG/ML ... 50
digoxina comp. 0,25 mg ... 50
digoxina comp. 0,125 mg ... 50
dihidroergotamina iny 1 mg/ml ... 28
DILANTIN-125 SUSP. 125/5 ML ... 20
DILANTIN CÁP. 30 MG ... 20
DILANTIN CÁP. 100 MG ... 20
DILANTIN MASTICABLE 50 MG ... 20
DILAUDID-5 LIQ. 1 MG/ML ... 8
diltiazem cáp. 60 mg de lib. prol. ... 49
diltiazem cáp. 90 mg de lib. prol. ... 49
diltiazem cáp. 120 mg cd ... 48
diltiazem cáp. 120 mg de lib. prol. ... 49
diltiazem cáp. 180 mg cd ... 48
diltiazem cáp. 180 mg de lib. prol. ... 49
diltiazem cáp. 240 mg cd ... 48
diltiazem cáp. 240 mg de lib. prol. ... 49
diltiazem cáp. 300 mg cd ... 48
diltiazem cáp. 420 mg/24 ... 49
diltiazem iny. 25 mg/5 ml ... 48
diltiazem comp. 30 mg ... 49
diltiazem comp. 60 mg ... 49
diltiazem comp. 90 mg ... 49
diltiazem comp. 120 mg ... 48
DIOVAN HCT COMP. 80/12,5 MG ... 53
DIOVAN HCT COMP. 160/12,5 MG ... 53
DIOVAN HCT COMP. 160/25 MG ... 53
DIOVAN HCT COMP. 320/12,5 MG ... 53
DIOVAN HCT COMP. 320/25 MG ... 54
DIOVAN COMP. 40 MG ... 53
DIOVAN COMP. 80 MG ... 53
DIOVAN COMP. 160 MG ... 53
DIOVAN COMP. 320 MG ... 53
DIPENTUM CÁP. 250 MG ... 75
DIFENOXILATO/ATROPINA LIQ. 2,5/5 ... 60
difenoxilato/atropina comp. 2,5 mg ... 60
difenhidramina cáp. 50 mg ... 80
DIP/TET PED INY. 6,7-5LF ... 74
dipiridamol comp. 25 mg ... 45
dipiridamol comp. 50 mg ... 45
dipiridamol comp. 75 mg ... 45
disopiramida cáp. 100 mg ... 46
disopiramida cáp. 150 mg ... 46
divalproex cáp. 125 mg ... 18
divalproex comp. 125 mg de lib. lenta ... 18
divalproex comp. 250 mg de lib. lenta ... 40
divalproex comp. 250 mg de lib. lenta ... 40
divalproex comp. 500 mg de lib. lenta ... 28
divalproex comp. 500 mg de lib. prol. ... 28
DIVIGEL GEL 1 MG/GM ... 66
donepezil comp. 5 mg ... 21
donepezil comp. 10 mg ... 20
donepezil comp. 5 mg des. oral ... 21
donepezil comp. 10 mg comp. de dis. oral ... 21
dorzolamida sol. oftalm. al 2 % ... 78
dorzolamida/timolol sol. oftalm. al 2-0,5 % ... 78
DOVONEX CREMA AL 0,005 % ... 58
doxazosina comp. 1 mg ... 62
doxazosina comp. 2 mg ... 62
doxazosina comp. 4 mg ... 46
doxazosina comp. 8 mg ... 46
clorhidrato de doxepina cáp. 10 mg ... 40
clorhidrato de doxepina cáp. 25 mg ... 40
clorhidrato de doxepina cáp. 50 mg ... 24
clorhidrato de doxepina cáp. 75 mg ... 24
clorhidrato de doxepina, cáp. 100 mg ... 24
clorhidrato de doxepina con. 10 mg/ml ... 24
hiclato de doxiciclina, cáp. 50 mg ... 58
hiclato de doxiciclina, cáp. 100 mg ... 17
hiclato de doxiciclina iny. 100 mg ... 17
hiclato de doxiciclina comp. 100 mg ... 17
dronabinol cáp. 2,5 mg ... 25
dronabinol cáp. 5 mg ... 25
dronabinol cáp. 10 mg ... 25
DUETACT COMP. 30-2 MG ... 41
DUETACT COMP. 30-4 MG ... 41
DYRENIUM CÁP. 50 MG ... 50
DYRENIUM CÁP. 100 MG ... 50

E

econazol crema al 1 % ... 26
EDECRIN COMP. 25 MG ... 50
ees/sulfisoxaol susp. 200-600 ... 16
EFFIENT COMP. 5 MG ... 45
EFFIENT COMP. 10 MG ... 45
ELAPRASE INY. 6 MG/3 ML ... 59
ELESTAT GOTAS AL 0,05 % ... 77
ELIDEL CREMA AL 1 % ... 58
ELIGARD INY. 7,5 MG ... 71
ELIGARD INY. 22,5 MG ... 71
ELIGARD INY. 30 MG ... 71
ELIGARD INY. 45 MG ... 71
ELITEK INY. 1,5 MG ... 30
ELIXIFILIN ELX 80/15 ML ... 81

ELMIRON CÁP. 100 MG 62
EMCYT CÁP. 140 MG 30
EMEND CÁP. 40 MG 25
EMEND CÁP. 80 MG 25
EMEND CÁP. 125 MG 25
EMEND PAK 80 Y 125..... 25
EMEND SOL. 115 MG 25
EMSAM DIS 6 MG/24 H 22
EMSAM DIS 9 MG/24 H 22
EMSAM DIS 12 MG/24 H 22
EMTRIVA CÁP. 200 MG 37
EMTRIVA SOL. 10 MG/ML 37
ENABLEX COMP. 7,5 MG 61
ENABLEX COMP. 15 MG 61
enalapril/hidroclorotiazida comp. 5-12,5 mg 54
enalapril/hctz comp. 10-25 mg..... 54
enalapril comp. 2,5 mg 54
enalapril comp. 5 mg 54
enalapril comp. 10 mg 54
enalapril comp. 20 mg 54
ENBREL INY. 25/0,5 ML..... 72
ENBREL INY. 25 MG 72
ENBREL INY. 50 MG/ML 72
ENBREL SRCLK INY. 50 MG/ML..... 72
ENGERIX-B INY. 10/0,5 ML 74
ENGERIX-B INY. 20 MCG/ML..... 74
enoxaparina iny. 30/0,3 ml 44
enoxaparina iny. 40/0,4 ml 44
enoxaparina iny. 60/0,6 ml 44
enoxaparina iny. 80/0,8 ml 44
enoxaparina iny. 100 mg/ml..... 44
enoxaparina iny. 120/0,8..... 44
enoxaparina iny. 150 mg/ml..... 44
ENTOCORT EC CÁP. CUB. ENT. 3 MG/24 HR..... 75
enulose sol. 10 gm/15 60
epinefrina iny. 0,1 mg/ml..... 81
EPIPEN 2-PAK INY. 0,3 MG 81
EPIPEN-JR INY. 2-PAK 81
epirubicina iny. 50/25 ml 30
EPIVIR HBV SOL. 5 MG/ML..... 38
EPIVIR HBV COMP. 100 MG..... 38
EPIVIR SOL. 10 MG/ML 37
EPIVIR COMP. 150 MG 37
EPIVIR COMP. 300 MG 37
eplerenona comp. 25 mg..... 54
eplerenona comp. 50 mg..... 54
EPZICOM COMP..... 38
ERAXIS INY. 100 MG..... 26
ergoloide, mesilato, comp. 1 mg oral..... 20
ergotamina/cafeína comp. 1/100 28
ERYPED 200 SUSP. 200/5 ML 16
ERY-TAB COMP. 333 MG CUB. ENT..... 16
ERYTHROCIN INY. 500 MG 16
eritromicina gel/benzoilo..... 58
eritromicina pomada oftalm. 16
eritromicina sol. 2 % 16
ERITROMICINA COMP. 250 MG BS..... 16
ERITROMICINA COMP. 500 MG BS..... 16
ESTRACE VAG CREMA 0,1 MG/GM..... 66
ESTRADERM DIS. 0,1 MG..... 66
ESTRADERM DIS. 0,05 MG..... 66
estradiol dis 0,1 mg 66
estradiol dis 0,05 mg 66
estradiol dis 0,025 mg 66
estradiol dis. 0,075 mg 66
estradiol comp. 0,5 mg 66
estradiol comp. 1 mg 66
estradiol comp. 2 mg 66
estradiol/noretisterona comp. 1-0,5 mg..... 66
ESTRASORB EMUL..... 66
ESTRING MIS 2 MG..... 66
estropipato comp. 0,75 mg 66
estropipato comp. 1,5 mg 66
estropipato comp. de 3 mg..... 67
etambutol comp. 100 mg 29
etambutol comp. 400 mg 29
etosuximida cáp. 250 mg..... 17
etosuximida sol. 250/5 ml 17
ETIDRONATO DISDÓDICO COMP. 200 MG..... 76
etidronato disódico comp. 400 mg..... 76
etodolac cáp. 200 mg..... 11
etodolac cáp. 300 mg..... 11
etodolac comp. 400 mg 11
etodolac comp. 500 mg 11
etoposida iny. 20 mg/ml..... 30
EVAMIST ATOM. 1,53 MG 67
EVISTA COMP. 60 MG 69
EXELON DIS. 4,6 MG/24..... 21
EXELON DIS. 9,5 MG/24..... 21
EXELON SOL. 2 MG/ML 21
EXJADE COMP. 125 MG 24
EXJADE COMP. 250 MG 24
EXJADE COMP. 500 MG 24
EXTAVIA INY. 0,3 MG 74

F

FABRAZYME INY. 35 MG 59
famciclovir comp. 125 mg..... 39
famciclovir comp. 250 mg..... 40
famciclovir comp. 500 mg..... 40
famotidina iny. 10 mg/ml 60
famotidina comp. 20 mg..... 60

famotidina comp. 40 mg 60
FANAPT PAK 34
FANAPT COMP. 1 MG 34
FANAPT COMP. 2 MG 34
FANAPT COMP. 4 MG 34
FANAPT COMP. 6 MG 34
FANAPT COMP. 8 MG 34
FANAPT COMP. 10 MG 34
FANAPT COMP. 12 MG 34
FARESTON CÁP. 60 MG 30
FASLODEX INY. 250 MG 30
FAZACLO COMP. 12,5 MG 34
FAZACLO COMP. 25 MG 34
FAZACLO COMP. 100 MG 34
FAZACLO COMP. 150 MG 34
FAZACLO COMP. 200 MG 34
FELBATOL SUSP. 600/5 ML 19
FELBATOL COMP. 400 MG 19
FELBATOL COMP. 600 MG 19
felodipina comp. 2,5 mg de lib. prol. 49
felodipina comp. 5 mg de lib. prol. 49
felodipina comp. 10 mg de lib. prol. 49
FEMARA COMP. 2,5 MG 31
FEMHRT COMP. 0,5-2,5 67
FEMRING MIS 0,1 MG/24 67
FEMRING MIS 0,05/24 H 67
fenofibrato cáp. 67 mg 51
fenofibrato cáp. 134 mg 51
fenofibrato cáp. 200 mg 51
fenofibrato comp. 54 mg 51
fenofibrato comp. 160 mg 51
FENOPROFEN COMP. 600 MG 11
citrato de fentanilo iny. 0,05 mg/1 9
fentalino dis 12 µg/h 8
fentalino dis 25 µg/h 9
fentalino dis 50 µg/h 9
fentalino dis 75 µg/h 9
fentalino dis 100 µg/h 8
fentanilo ot loz 400 µg 9
fentanilo ot loz 600 µg 9
fentanilo ot loz 800 µg 9
fentanilo ot loz 1200 µg 9
fentanilo ot loz 1600 µg 9
FERAHEME INY. 510/17 ML 83
FERRLECIT INY. 12,5 MG/M 83
fexofenadina comp. 180 mg 80
FINACEA GEL 15 % 58
finasteride comp. 5 mg 62
FIRMAGON INY. 80 MG 30
FIRMAGON INY. 120 MG 30
flavoxato comp. 100 mg 61
flecainida comp. 50 mg 46
flecainida comp. 100 mg 46
flecainida comp. 150 mg 46
FLOVENT DISK AER. 50 MCG 79
FLOVENT DISK AER. 100 MCG 79
FLOVENT DISK AER. 250 MCG 79
FLOVENT HFA AER. 44 MCG 79
FLOVENT HFA AER. 110 MCG 79
FLOVENT HFA AER. 220 MCG 79
fluconazol susp. 10 mg/ml 26
fluconazol susp. 40 mg/ml 26
fluconazol comp. 50 mg 27
fluconazol comp. 100 mg 26
fluconazol comp. 150 mg 27
fluconazol comp. 200 mg 27
fludarabina iny. 50 mg 30
fludarabina iny. 50 mg/2 ml 30
fludrocortisona comp. 0,1 mg 63
flunisolida atom. al 0,025 % 80
FLUOCIN ACET CREMA 0,01 % 63
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA
CREMA 0,025 % 63
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA
POMADA 0,025 % 63
ACETONIDA DE FLUOCINONIDA SOL. 0,01 % 63
fluocinonida crema al 0,05 % 63
fluocinonida gel al 0,05 % 63
fluocinonida pomada al 0,05 % 63
fluocinonida sol. al 0,05 % 63
fluorometolona susp. oftalm. al 0,1 % 78
FLUOROPLEX CREMA 1 % 58
fluorouracilo crema al 5 % 58
fluorouracilo sol. al 2 % 58
fluorouracilo sol. al 5 % 58
fluoxetina cáp. 10 mg 22
fluoxetina cáp. 20 mg 22
fluoxetina cáp. 40 mg 22
fluoxetina sol. 20 mg/5 ml 22
fluoxetina comp. 10 mg 22
fluoxetina comp. 20 mg 22
flufenacina de. iny. 25 mg/ml 35
FLUFENACINA CON. 5 MG/ML 35
FLUFENACINA ELIXIR 2,5/5 ML 36
FLUFENACINA INY. 2,5 MG/ML 36
flufenazina comp. 1 mg 36
flufenazina comp. 2,5 mg 36
flufenacina comp. 5 mg 36
flufenazina comp. 10 mg 36
flurbiprofeno sol. oftalm. al 0,03 % 78
flurbiprofeno comp. 50 mg 11
flurbiprofeno comp. 100 mg 11

flutamida cáp. 125 mg 71
fluticasona crema al 0,05 % 64
fluticasona pomada al 0,005 % 64
fluticasona atom. de 50 mcg 80
fluvoxamina comp. 25 mg 22
fluvoxamina comp. 50 mg 22
fluvoxamina comp. 100 mg 22
FML FORTE SUSP. 0,25 % OFTALM. 78
FML POMADA 0,1 % OFTALM. 78
FORADIL AEROLIZE, CÁP. 81
FORTEO SOL. 600/2,4 76
FORTESTA GEL 10 MG/ACT 65
FOSAMAX SOL. 76
fosinopril/hctz comp. 10/12,5 54
fosinopril/hctz comp. 20/12,5 54
fosinopril comp. 10 mg 54
fosinopril comp. 20 mg 54
fosinopril comp. 40 mg 54
fosfenitoína iny. 100/2 ml 20
FURADANTINA SUSP. 25 MG/5 ML 12
furosemida iny. 10 mg/ml 50
FUROSEMIDA SOL. 8 MG/ML 50
flurosemida comp. 20 mg 50
flurosemida comp. 40 mg 50
flurosemida comp. 80 mg 50
FUZEON KIT 38

G

gabapentina cáp. 100 mg 18
gabapentina cáp. 300 mg 18
gabapentina cáp. 400 mg 18
gabapentina sol. 250/5 ml 18
gabapentina comp. 600 mg 18
gabapentina comp. 800 mg 18
GABITRIL COMP. 2 MG 18
GABITRIL COMP. 4 MG 18
GABITRIL COMP. 12 MG 18
GABITRIL COMP. 16 MG 18
galantamina sol. 4 mg/ml 21
galantamina comp. 4 mg 21
galantamina comp. 8 mg 21
galantamina comp. 12 mg 21
GAMASTAN S/D INY. 73
GAMMAGARD INY. 2,5 GM/25 73
GAMUNEX-C INY. 1 GM/10 ML 73
GAMUNEX-C INY. 2,5 GM/25 73
GAMUNEX-C INY. 5 GM/50 ML 73
GAMUNEX-C INY. 10 GM/100 73
GAMUNEX-C INY. 20 GM/200 73
GAMUNEX INY. 10 % 73
GANCICLOVIR CÁP. 500 MG 37
ganciclovir iny. 500 mg 37
GARDASIL INY. 74
GASTROCROM CON. 100/5 ML 60
Gavilyte-c sol. 60
Gavilyte-g sol. 60
Gavilyte-n sol. de sabores variados 60
gemfibrozil comp. 600 mg 51
gengraf cáp. 25 mg 72
gengraf cáp. 100 mg 72
gentak pomada 0,3 % oftalm. 12
gentamicina crema 0,1 % 12
gentamicina iny. 10 mg/ml 12
gentamicina iny. 40 mg/ml 12
gentamicina pomada 0,1 % 12
gentamicina sol. 0,3 % oftalm. 12
GEODON CÁP. 20 MG 34
GEODON CÁP. 40 MG 34
GEODON CÁP. 60 MG 34
GEODON CÁP. 80 MG 34
GEODON INY. 20 MG 34
Gianvi comp. 3-0,02 mg 67
GLEEVEC COMP. 100 MG 31
GLEEVEC COMP. 400 MG 31
glimepirida comp. 1 mg 41
glimepirida comp. 2 mg 41
glimepirida comp. 4 mg 41
glipizida comp. de lib. prol. 2,5 mg 41
glipizida comp. 5 mg lib. prol. 41
glipizida comp. de lib. prol. 10 mg 41
glipizida comp. 5 mg 41
glipizida comp. 10 mg 41
glipizida/metformina comp. 2,5-250 mg 41
glipizida/metformina comp. 2,5-500 mg 41
glipizida/metformina comp. 5-500 mg 41
GLUCAGON KIT 1 MG 42
gliburida/metformina comp. 1,25-250 42
gliburida/metformina comp. 2,5-500 42
gliburida/metformina comp. 5-500 mg 42
gliburida comp. 1,25 mg 41
gliburida comp. 2,5 mg 41
gliburida comp. 5 mg 41
gliburida mcr. comp. 1,5 mg 41
gliburida mcr. comp. 3 mg 42
gliburida mcr comp. 6 mg 42
glicopirrolato iny. 0,2 mg/ml 59
glicopirrolato comp. 1 mg 59
glicopirrolato comp. 2 mg 59
GOLYTELY SOL. 60
granisetrón iny. 0,1 mg/ml 25
granisetrón iny. 1 mg/ml 25
granisetrón comp. 1 mg 25

griseofulvina susp. 125/5 ml 27
guanfacina comp. 1 mg 45
guanfacina comp. 2 mg 45
GUANIDINA COMP. 125 MG 28

H

HALFLYTELY KIT DE SABORES VARIADOS..... 60
halobetasol crema al 0,05 %..... 64
halobetasol pomada al 0,05 %..... 64
haloperidol dec. iny. 50 mg/ml..... 36
haloperidol dec. iny. 100 mg/ml..... 36
haloperidol con. 2 mg/ml 36
haloperidol comp. 0,5 mg..... 36
haloperidol comp. 1 mg..... 36
haloperidol comp. 2 mg..... 36
haloperidol comp. 5 mg..... 36
haloperidol comp. 10 mg..... 36
haloperidol comp. 20 mg..... 36
haloperidol lac. iny. 5 mg/ml 36
HAVRIX INY. 720 UNIDADES 74
HAVRIX INY. 1440 UNIDADES 74
valerato de hidrocortisona, crema al 0,2 % 64
valerato de hidrocortisona, pomada al 0,2 % 64
HECTOROL CÁP. 0,5 MCG..... 76
HECTOROL CÁP. 1 MCG..... 76
HECTOROL CÁP. 2,5 MCG..... 76
HECTOROL INY. 4 MCG/2 ML 76
heparina sódica iny. 1.000/ml 44
heparina sódica iny. 5.000/ml 44
heparina sódica iny. 10.000/ml 44
heparina sódica iny. 20.000/ml 44
HEPSERA COMP. 10 MG..... 39
heparina sódica/nacl iny. 2 unidad/ml 44
HEPARINA SÓDICA/NACL INY.
25.000 UNIDADES 44
HEXALEN CÁP. 50 MG..... 29
HIZENTRA INY. 1 GM/5 ML 73
HUMALOG INY. 100/ML 42
HUMALOG KWIK INY. 100/ML..... 43
HUMALOG MIX INY. 50/50..... 43
HUMALOG MIX INY. 50/50 KWP..... 43
HUMALOG MIX INY. 75/25 KWP..... 43
HUMALOG MIX SUSP. 75/25 43
HUMIRA KIT 20 MG/0,4 72
HUMIRA KIT 40 MG/0,8 72
HUMULIN INY. 50/50..... 43
HUMULIN INY. 70/30..... 43
HUMULIN N INY. U-100 43
HUMULIN N PN INY. U-100 43
HUMULIN PEN INY. 70/30 43
HUMULIN R INY. U-100 43
HUMULIN R INY. U-500 43
hidralazina iny. 20 mg/ml 55
hidrazalina comp. 10 mg..... 55
hidrazalina comp. 25 mg..... 55
hidrazalina comp. 50 mg..... 55
hidralazina comp. 100 mg..... 55
hidroclorotiazida cáp. 12,5 mg 50
hidroclorotiazida comp. 25 mg..... 51
hidroclorotiazida comp. 50 mg..... 51
hidrocodona/apap comp. 2,5-500 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 5-325 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 5-500 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 7,5-325..... 9
hidrocodona/apap comp. 7,5-500 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 7,5-650..... 9
hidrocodona/apap comp. 7,5-750 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 10-325 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 10-500 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 10-650 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 10-660 mg..... 9
hidrocodona/apap comp. 10-750 mg..... 9
hidrocodona/ibuprofeno comp. 7,5-200 9
hidrocodona/apap sol..... 9
hidrocortisona crema al 1% 64
hidrocortisona crema al 2,5 % 64
enema de hidrocortisona 100 mg 75
hidrocortisona loción al 2,5 % 64
hidrocortisona pomada al 1%..... 64
hidrocortisona pomada al 2,5 %..... 64
hidrocortisona comp. 20 mg..... 64
hidromorfona iny. 10 mg/ml 9
hidromorfona comp. 2 mg..... 9
hidromorfona comp. 4 mg..... 9
hidromorfona de 8 mg 9
hidroxicloriquina comp. 200 mg..... 32
hydroxiurea cáp. 500 mg..... 30
clorhidrato de hidroxicina iny. 25 mg/ml 80
clorhidrato de hidroxicina, iny. 50 mg/ml 80
clorhidrato de hidroxicina, jarabe 10 mg/5 ml..... 80
clorhidrato de hidroxicina comp. 10 mg 80
clorhidrato de hidroxicina comp. 25 mg 80
clorhidrato de hidroxicina, comp. 50 mg 80
pamoato de hidroxicina, cáp. 25 mg 80
pamoato de hidroxicina, cáp. 50 mg 80
pamoato de hidroxicina cáp. 100 mg 80

I

ibuprofeno comp. 400 mg 8
ibuprofeno comp. 600 mg 8
ibuprofeno comp. 800 mg 8
clorhidrato de imipramina comp. 10 mg..... 24

clorhidrato de imipramina comp. 25 mg 24
clorhidrato de imipramina comp. 50 mg 24
imiquimod crema al 5 %..... 58
IMOVAX RABIE INY. 2,5/ML..... 74
INCRELEX INY. 40 MG/4 ML..... 65
indapamida comp. 1,25 mg..... 51
indapamida comp. 2,5 mg..... 51
indometacina cáp. 25 mg 8
indometacina cáp. 50 mg 8
indometacina cáp. 75 mg lib. prol. 8
INFANRIX INY..... 74
INFED INY. 50 MG/ML 83
insulina jeringa miscible de 0,3/31 g..... 77
insulina jeringa miscible de 0,5/30 g..... 77
insulina jeringa miscible de 1 ml/29 g 77
insulina jeringa miscible de 1 ml/31 g 77
INTELENCE COMP. 100 MG..... 38
INTELENCE COMP. 200 MG..... 37
intralípido iny. 20 %..... 83
INTRON-A INY. 3 MU PLUMA 74
INTRON-A INY. 5 MU PLUMA 74
INTRON-A INY. 10 MU 74
INTRON-A INY. 10 MU PEN..... 74
INTRON-A INY. 18 MU 74
INVEGA SUST INY. 39/0,25..... 34
INVEGA SUST. INY. 78/0,5 ML..... 34
INVEGA SUST. INY. 117/0,75 34
INVEGA SUST. INY. 156 MG/ML..... 34
INVEGA SUST INY. 234/1,5..... 34
INVEGA COMP. 1,5 MG 34
INVEGA COMP. 3 MG 34
INVEGA COMP. 6 MG 34
INVEGA COMP. 9 MG 34
INVIRASE CÁP. 200 MG..... 38
INVIRASE COMP. 500 MG..... 38
IPOL INY. INACTIVO 74
ipratropio/ albuterol, sol. 81
ipratropio sol. inhal..... 81
ipratropio, atom. 0,03 %..... 81
ipratropio, atom. 0,06 %..... 81
IRESSA COMP. 250 MG..... 31
ISENTRESS COMP. 400 MG..... 38
ISONIAZID INY. 100 MG/ML..... 29
ISONIAZID JARABE 50 MG/5 ML 29
isoniazida comp. 100 mg 29
isoniazida comp. 300 mg 29
dinitrato de isosorbida sub. 2,5 mg 55
dinitrato de isosorbida sub. 5 mg 55
dinitrato de isosorbida comp. 5 mg..... 55
dinitrato de isosorbida comp. 10 mg..... 55
dinitrato de isosorbida comp. 20 mg..... 55
isosorbide dinitrato comp. 30 mg..... 55
dinitrato de isosorbida comp. 40 mg de lib. prol. 55
isosorbide mononitrato comp. 10 mg 55
mononitrato de isosorbida comp. 20 mg..... 55
isosorbide mononitrato comp. 30 mg
de lib. prol. 55
mononitrato de isosorbida comp. 60 mg
de lib. prol. 55
isosorbide mononitrato comp. 120 mg
de lib. prol. 55
itraconazol cáp. 100 mg 27
IXIARO INY. 74

J

JANUMET COMP. 50-500 MG..... 42
JANUMET COMP. 50-1000 42
JANUVIA COMP. 25 MG 42
JANUVIA COMP. 50 MG 42
JANUVIA COMP. 100 MG 42
JE-VAX INY. 74
Jinteli comp. 1 mg-5 mcg 67
Jolessa comp. 67
Jolivette comp. 0,35 mg..... 68

K

KADIAN COMP. 10 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 20 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 30 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 50 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 60 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 80 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 100 MG LIB. CONT..... 9
KADIAN COMP. 200 MG LIB. CONT..... 9
KALETRA SOL. 38
KALETRA COMP. 100-25 MG..... 38
KALETRA COMP. 200-50 MG..... 38
Kariva comp. 28 días..... 67
KCL/D5W/LR INY. 0,3 % 83
KEPPRA SOL. 100 MG/ML 17
KEPPRA COMP. 250 MG 17
KEPPRA COMP. 500 MG 17
KEPPRA COMP. 750 MG 17
KEPPRA COMP. 1000 MG 17
ketoconazol crema al 2 % 27
ketoconazol champú al 2 %..... 27
ketoconazol comp. 200 mg 27
ketoprofeno cáp. 50 mg..... 8
ketoprofeno cáp. 75 mg..... 8
ketorolac sol. al 0,4 %..... 78
ketorolac sol. al 0,5 %..... 78
ketorolac comp. 10 mg 11

kionex polvo usp..... 24
Klor-Con 8 comp. 8 meq de lib. prol..... 83
Klor-Con 10 comp. 10 meq de lib. prol..... 83
Klor-Con m 20 comp. 20 meq de lib. prol. 83
KOMBIGLYZE COMP. 2,5-1000..... 42
KOMBIGLYZE COMP. 5-500 MG 42
KOMBIGLYZE COMP. 5-1000 MG 42
KUVAN COMP. 100 MG 59

L

labetalol iny. 5 mg/ml..... 47
labetalol comp. 100 mg 47
labetalol comp. 200 mg 47
labetalol comp. 300 mg 48
LACRISERT MIS 5 MG OFTALM..... 77
lactato sódico solución compuesta iny. 83
lactado sódico solución compuesta iny. viaflex 83
lactado sódico compuesto para irrigación, sol. 83
lactulosa sol. 10 gm/15..... 60
LAMICTAL MASTICABLE 5 MG..... 19
LAMICTAL MASTICABLE 25 MG..... 19
LAMICTAL COMP. 25 MG 19
LAMICTAL COMP. 100 MG 19
LAMICTAL COMP. 150 MG 19
LAMICTAL COMP. 200 MG 19
lamotrigina mastic. 5 mg..... 40
lamotrigina mastic. de 25 mg 19
lamotrigina comp. 25 mg..... 19
lamotrigina comp. 100 mg..... 19
lamotrigina comp. 150 mg..... 19
lamotrigina comp. 200 mg..... 19
lansoprazol cáp. 15 mg 61
lansoprazol cáp. 30 mg 61
lansoprazol comp. 15 mg des. oral 61
lansoprazol comp. 30 mg des. oral 61
LANTUS INY. 100/ML 43
LANTUS INY. SOLOSTAR..... 43
LATUDA COMP. 40 MG..... 34
LATUDA COMP. 80 MG..... 34
Leena comp. 67
leflunomida comp. 10 mg 74
leflunomida comp. 20 mg 74
Lessina-28 comp. 67
LETAIRIS COMP. 5 MG 82
LETAIRIS COMP. 10 MG 82
leucovorina cálcica iny. 100 mg 30
leucovorina cálcica iny. 350 mg 30
leucovorina cálcica comp. 5 mg 30
leucovorina cálcica comp. 25 mg 30
LEUKERAN COMP. 2 MG..... 29
LEUKINE INY. 250 MCG 44
LEUKINE INY. 500 MCG 44
LEVEMIR INY. 43
LEVEMIR INY. FLEXPEN 43
levetiracetam sol. 100 mg/ml 17
levetiracetam comp. 250 mg 17
levetiracetam comp. 500 mg 17
levetiracetam comp. 750 mg 17
levetiracetam comp. 1.000 mg 17
levetiracetam iny. 500/5 ml 17
levobunolol sol. oftalm. al 0,5 %..... 78
LEVOBUNOLOL SOL. OFTALM. 0,25 %..... 78
Levothroid comp. 25 mcg..... 69
Levothroid comp. 50 mcg..... 69
Levothroid comp. 75 mcg..... 69
Levothroid comp. 88 mcg..... 69
Levothroid comp. 100 mcg..... 69
levothroid comp. 112 mcg..... 69
Levothroid comp. 125 mcg..... 69
Levothroid comp. 137 mcg..... 69
Levothroid comp. 150 mcg..... 69
Levothroid comp. 175 mcg..... 69
Levothroid comp. 200 mcg..... 69
Levothroid comp. 300 mcg..... 69
levotiroxina comp.25 mcg..... 70
levotiroxina comp. 50 mcg..... 70
levotiroxina comp. 75 mcg..... 70
levotiroxina comp. 88 mcg..... 70
levotiroxina comp. 100 mcg..... 69
levotiroxina comp. 112 mcg..... 69
levotiroxina comp. 125 mcg..... 69
levotiroxina comp. 137 mcg..... 70
levotiroxina comp. 150 mcg..... 70
levotiroxina comp. 175 mcg..... 70
levotiroxina comp. 200 mcg..... 70
levotiroxina comp. 300 mcg..... 70
Levoxyl comp. 25 mcg..... 70
Levoxyl comp. 50 mcg..... 70
Levoxyl comp. 75 mcg..... 70
Levoxyl comp. 88 mcg..... 70
Levoxyl comp. 100 mcg..... 70
Levoxyl comp. 112 mcg..... 70
Levoxyl comp. 125 mcg..... 70
Levoxyl comp. 137 mcg..... 70
Levoxyl comp. 150 mcg..... 70
Levoxyl comp. 175 mcg..... 70
Levoxyl comp. 200 mcg..... 70
LEXAPRO SOL. 5 MG/5 ML 22
LEXAPRO COMP. 5 MG 22
LEXAPRO COMP. 10 MG 22
LEXAPRO COMP. 20 MG 22
LEXIVA SUSP. 50 MG/ML..... 38

LEXIVA COMP. 700 MG ... 38
lidocaína gel 2 % jalea ... 11
lidocaína iny. 0,5 % ... 11
lidocaína iny. 1 % ... 11
lidocaína pomada 5 % ... 11
lidocaína sol. 4 % ... 11
LIDODERM DIS. 5 % ... 11
lidocaína/prilocaína crema 2,5-2,5 % ... 11
lindano loción al 1 % ... 32
LINDANE CHAMPÚ AL 1 % ... 32
liotironina comp. 5 mcg ... 70
liotironina comp 25 mcg ... 70
liotironina comp. 50 mcg ... 70
Liposyn III iny. al 30 % ... 77
lisinopril/hctz comp. 10-12,5 ... 54
lisinopril/hctz comp. 20-12,5 ... 54
lisinopril/hctz comp. 20-25 mg ... 54
lisinopril comp. 2,5 mg ... 54
lisinopril comp. 5 mg ... 54
lisinopril comp. 10 mg ... 54
lisinopril comp. 20 mg ... 54
lisinopril comp. 30 mg ... 54
lisinopril comp. 40 mg ... 54
carbonato de litio cáp. 150 mg ... 40
carbonato de litio cáp. 300 mg ... 40
carbonato de litio comp. 300 mg de lib prol. ... 40
carbonato de litio comp. 450 mg lib. prol. ... 40
LITHIUM CITR JARABE 8 MEQ/5 ML ... 40
LOESTRIN 24 COMP. FE ... 67
loperamida cáp. 2 mg ... 60
losartán/hct comp. 50-12,5 mg ... 54
losartán/hct comp. 100-12,5 mg ... 54
losartán/hct comp. 100-25 mg ... 54
losartán potásico comp. 25 mg ... 54
losartán potásico comp. 50 mg ... 54
losartán potásico comp. 100 mg ... 54
LOSEASONIQUE COMP. ... 67
LOTEMAX SUSP. 0,5 % ... 78
LOTRONEX COMP. 0,5 MG ... 61
LOTRONEX COMP. 1 MG ... 61
lovastatina comp. 10 mg ... 52
lovastatina comp. 20 mg ... 52
lovastatina comp. 40 mg ... 52
LOVAZA CÁP. 1 G ... 52
LOVENOX INY. 300/3 ML ... 44
Low-ogestrel comp. ... 68
loxapina cáp. 5 mg ... 36
loxapina cáp. 10 mg ... 36
loxapina cáp. 25 mg ... 36
loxapina cáp. 50 mg ... 36
LUMIGAN SOL. AL 0,01 % ... 79
LUMIGAN SOL. AL 0,03 % ... 79
LUNESTA COMP. 1 MG ... 82
LUNESTA COMP. 2 MG ... 82
LUNESTA COMP. 3 MG ... 82
LUPRON DEPOT INY. 3,75 MG ... 71
LUPRON DEPOT INY. 7,5 MG ... 71
LUPRON DEPOT INY. 11,25 MG ... 71
LUPRON DEPOT INY. 22,5 MG ... 71
LUPRON DEPOT INY. 30 MG ... 71
LYBREL COMP. 90-20 MCG ... 67
LYRICA CÁP. 25 MG ... 18
LYRICA CÁP. 50 MG ... 18
LYRICA CÁP. 75 MG ... 18
LYRICA CÁP. 100 MG ... 18
LYRICA CÁP. 150 MG ... 18
LYRICA CÁP. 200 MG ... 18
LYRICA CÁP. 225 MG ... 18
LYRICA CÁP. 300 MG ... 18
LYSODREN COMP. 500 MG ... 78

M

malatión loción al 0,5 % ... 32
MAPROTILINE COMP. 25 MG ... 24
MAPROTILINE COMP. 50 MG ... 24
MAPROTILINE COMP. 75 MG ... 24
MARPLAN COMP. 10 MG ... 22
MATULANE CÁP. 50 MG ... 29
MAXALT-MLT COMP. 5 MG ... 28
MAXALT-MLT COMP. 10 MG ... 28
MAXALT COMP. 5 MG ... 28
MAXALT COMP. 10 MG ... 28
MEBENDAZOLE MASTIC. 100 MG ... 32
MEDROL COMP. 2 MG ... 64
medroxiprogesterona ac iny. 150 mg/ml ... 68
medroxiprogesterona ac comp. 2,5 mg ... 68
medroxiprogesterona ac comp. 5 mg ... 68
medroxiprogesterona ac comp. 10 mg ... 68
mefloquina comp. 250 mg ... 32
MEGACE ES SUSP. ... 68
megestrol ac susp. 40 mg/ml ... 68
megestrol ac comp. 20 mg ... 68
megestrol ac comp. 40 mg ... 68
meloxicam comp. 7,5 mg ... 11
meloxicam comp. 15 mg ... 11
MENACTRA INY. ... 75
MENEST COMP. 0,3 MG ... 67
MENEST COMP. 0,625 MG ... 67
MENEST COMP. 1,25 MG ... 67
MENEST COMP. 2,5 MG ... 67
MENOMUNE INY. A/C/Y/W ... 75
MENVEO INY. ... 75

meperidina iny. 10 mg/ml 9
meprobamato comp. 200 mg..... 40
meprobamato comp. 400 mg..... 40
MEPRON SUSP..... 32
mercaptopurina comp. 50 mg..... 30
meropenem iny. 500 mg 14
enema de mesalamina, 4 mg 75
mesna iny. 1 g..... 30
MESTINON JARABE 60 MG/5 ML..... 28
METADATE CD CÁP. 10 MG..... 57
METADATE CD CÁP. 20 MG..... 57
METADATE CD CÁP. 30 MG..... 57
METADATE CD CÁP. 40 MG..... 57
METADATE CD CÁP. 50 MG..... 57
METADATE CD CÁP. 60 MG..... 57
metaproterenol, jarabe, 10 mg/5 ml..... 81
METAPROTERENOL, COMP. 10 MG 81
METAPROTERENOL, COMP. 20 MG 81
metformina comp. 500 mg 42
metformina comp. 500 mg lib. prol. 42
metformina comp. 750 mg lib. prol. 42
metformina comp. 850 mg 42
metformina comp. 1000 mg 42
metadona con. 10 mg/ml..... 9
METHADONE SOL. 5 MG/5 ML 10
METHADONE SOL. 10 MG/5 ML 10
metadona comp. 5 mg..... 10
metadona comp. 10 mg..... 10
metazolamida comp. 25 mg..... 78
metazolamida comp. 50 mg..... 78
metimazol comp. 5 mg 72
metimazol comp. 10 mg 72
metocarbamol comp. 500 mg 83
metocarbamol comp. 750 mg 83
METOTREXATO INY. 1 G..... 72
metotrexato iny. 25 mg/ml..... 72
metotrexato comp. 2,5 mg 72
METHYCLOTHIA COMP. 5 MG..... 51
METILDOPA/HIDROCLOROTIAZIDA
COMP. 250/15..... 46
METHYLD/HCTZ COMP. 250/25 46
metildopa comp. 250 mg..... 45
metildopa comp. 500 mg..... 46
metilina comp. 10 mg de lib. prol. 57
metilina comp. 20 mg de lib. prol. 57
metilina comp. 5 mg..... 57
metilina comp. 10 mg..... 57
methylin comp. 20 mg..... 57
metilfenidato comp. 5 mg 57
metilfenidato comp. 10 mg 57
metilfenidato comp. 20 mg 57
metilfenidato comp. 20 mg de lib. sost..... 57
metilprednisolona paquete 4 mg..... 64
metilprednisolona comp. 4 mg 75
metilprednisolona comp. 8 mg 64
metilprednisolona comp. 16 mg 64
metilprednisolona comp. 32 mg 64
metilprednisolona ss iny. 40 mg 64
metilprednisolona ss iny. 125 mg 64
metilprednisolona ss iny. 1000 mg 64
metipranolol sol. oftalm. al 0,3 %..... 79
metoclopramida iny. 5 mg/ml..... 25
metoclopramida sol. 5 mg/5 ml 25
metoclopramida comp. 5 mg..... 26
metoclopramida comp. 10 mg..... 26
metolazona comp. 2,5 mg 51
metolazona comp. 5 mg 51
metolazona comp. 10 mg 51
metoprolol/hctz comp. 50-25 mg..... 48
metoprolol/hctz comp. 100-25 mg..... 48
METOPROLOL/HIDROCLOROTIAZIDA
COMP. 100-50 MG..... 48
metoprolol iny. 1 mg/ml..... 48
metoprolol comp. 25 mg de lib. prol..... 48
metoprolol comp. 50 mg de lib. prol..... 48
metoprolol comp. 100 mg de lib. prol..... 48
metoprolol comp. 200 mg de lib. prol..... 48
metoprolol tar comp. 25 mg..... 48
tartrato de metoprolol comp. 50 mg..... 48
metoprolol tar comp. 100 mg..... 48
metronidazol cáp. 375 mg 12
metronidazol crema 0,75 % 12
metronidazol gel 0,75 %..... 12, 13
metronidazole gel vag. al 0,75 % 13
metronidazol loción 0,75 %..... 12
metronidazol comp. 250 mg..... 12
metronidazol comp. 500 mg..... 12
metronidazol/nacl iny. 500 mg..... 13
MEXILETINA CÁP. 150 MG 46
MEXILETINA CÁP. 200 MG 46
MEXILETINA CÁP. 250 MG 46
MIACALCIN INY. 200/ML..... 76
microgestin comp. 1,5/30 68
microgestin comp. 1/20 68
microgestin fe comp. 1,5/30..... 68
microgestin fe comp. 1/20..... 68
midodrina comp. 2,5 mg..... 46
midodrina comp. 5 mg..... 47
midodrina comp. 10 mg..... 46
MIGRANAL ATOM. 4 MG/ML 28
minociclina cáp. 50 mg 17
minociclina cáp. 75 mg 17

minociclina cáp. 100 mg 17
minociclina comp. 50 mg 17
minociclina comp. 75 mg 17
minociclina comp. 100 mg 17
minoxidil comp. 2,5 mg 55
minoxidil comp. 10 mg 55
mirtazapina comp. 7,5 mg 21
mirtazapina comp. 15 mg 21
mirtazapina comp. 15 mg des. oral 21
mirtazapina comp. 30 mg 21
mirtazapina comp. 30 mg des. oral 21
mirtazapina comp. 45 mg 21
mirtazapina comp. 45 mg des. oral 21
misoprostol comp. 100 mcg 61
misoprostol comp. 200 mcg 61
mitoxantrona iny. 2 mg/ml 30
M-M-R II INY. LIVE 75
moexipril/hctz comp. 7,5-12,5 54
moexipril/hctz comp. 15-12,5 54
moexipril/hidroclorotiazida comp. 15-25 mg 54
moexipril comp. 7,5 mg 54
moexipril comp. 15 mg 54
mometasona crema al 0,1 % 64
mometasona pomada al 0,1 % 64
mometasona sol. al 0,1 % 64
Mononessa comp. 68
SULFATO DE MORFINA INY. 5 MG/ML 10
SULFATO DE MORFINA COMP. 15 MG 10
sulfato de morfina comp. 15 mg de lib. prol. 10
SULFATO DE MORFINA COMP. 30 MG 10
sulfato de morfina comp. 30 mg de lib. prol. 10
sulfato de morfina comp. 60 mg lib. prol. 10
sulfato de morfina comp. 100 mg de lib. prol. 10
sulfato de morfina comp. 200 mg de lib. prol. 10
MULTAQ COMP. 400 MG 46
mupirocina pomada 2 % 13
MYCOBUTIN CÁP. 150 MG 29
micofenolato cáp. 250 mg 72
micofenolato comp. 500 mg 72
MYFORTIC COMP. 180 MG 72
MYFORTIC COMP. 360 MG 72
MYLERAN COMP. 2 MG 30
MYSOLINE COMP. 50 MG 19
MYSOLINE COMP. 250 MG 19

N

nabumetona comp. 500 mg 11
nabumetona comp. 750 mg 11
nadolol comp. 20 mg 48
nadolol comp. 40 mg 48
nadolol comp. 80 mg 48
NADOLOL COMP. 160 MG 48
NAFCILLIN INY. 1 G 15
NAFCILLIN INY. 10 G 15
NAGLAZYME INY. 1 MG/ML 59
nalbufina iny. 10 mg/ml 10
nalbufina iny. 20 mg/ml 10
NALOXONA INY. 0,4 MG/ML 25
naloxona iny. 1 mg/ml 25
naltrexona comp. 50 mg 25
NAMENDA SOL. 10 MG/5 ML 21
NAMENDA COMP. 5-10 MG 21
NAMENDA COMP. 5 MG 21
NAMENDA COMP. 10 MG 21
naproxeno lib. lenta comp. 500 mg 11
naproxeno sódico comp. 275 mg 8
naproxeno sódico comp. 550 mg 8
naproxeno susp. 125/5 ml 8
naproxeno comp. 250 mg 8
naproxeno comp. 375 mg 8
naproxeno comp. 500 mg 8
naratriptán comp. 1 mg 28
naratriptán comp. 2,5 mg 28
NARDIL COMP. 15 MG 22
NASACORT AQ AER. 55 MCG/AC 80
NASONEX ATOM. 50 MCG/AC 80
NATACYN SUSP. 5 % OFTALM. 77
NATAZIA COMP. 67
nateglinida comp. 60 mg 42
nateglinida comp. 120 mg 42
NEBUPENT INH. 300 MG 32
Necon 7/7/7 comp. 28 días 68
Necon 1/35-28 comp. 68
NECON COMP. 1/50-28 68
NECON COMP. 10/11-28 68
NEFAZODONE COMP. 50 MG 22
NEFAZODONE COMP. 100 MG 21
NEFAZODONE COMP. 150 MG 21
NEFAZODONE COMP. 200 MG 22
NEFAZODONE COMP. 250 MG 22
neomicina/bacitracina/polimixina pomada oftalm. 13
neomicina comp. 500 mg 12
NEOMICINA/POLIMIXINA/BACITRACINA POMADA/HC 1 % OFTALM. 78
neomicina/polimixina/dexametasona pomada al 0,1 % oftalm. 78
neomicina/polimixina/dexametasona susp. al 0,1 % oftalm. 78
neomicina/polimixina/gramicidina sol. oftalm. 77
neomicina/polimixina/hidrocortisona sol. al 1 % ótica 79

NEOMICINA/POLIMIXINA/HIDROCORTISONA SUSP. OFTALM. 78
NEORAL CÁP. 25 MG 72
NEORAL CÁP. 100 MG 72
NEORAL SOL. 100 MG/ML 72
NEULASTA INY. 6 MG/0,6 M 44
NEUMEGA INY. 5 MG 44
NEUPOGEN INY. 300/0,5 44
NEUPOGEN INY. 480/0,8 44
NEUPOGEN INY. 480 MCG 44
NEURONTIN SOL. 250/5 ML 19
NEUTREXIN INY. 25 MG 13
NEXAVAR COMP. 200 MG 31
Next Choice comp. 0,75 mg 68
NIASPAN COMP. 500 MG DE LIB. PROL. 52
NIASPAN COMP. 750 MG DE LIB. PROL. 52
NIASPAN COMP. 1.000 DE LIB. PROL. 52
nicardipina cáp. 20 mg 49
nicardipina cáp. 30 mg 49
NICOTROL INHALADOR 25
NICOTROL ATOM. NAS. 10 MG/ML 25
Nifediac cc comp. 30 mg de lib. prol. 49
Nifediac cc comp. 60 mg de lib. prol. 49
Nifediac cc comp. 90 mg de lib. prol. 49
nifedipina cáp. 10 mg 49
NIFEDIPINA CÁP. 20 MG 49
nifedipina comp. 30 mg de lib. prol. 49
nifedipina comp. 60 mg de lib. prol. 49
nifedipina comp. 90 mg de lib. prol. 49
NILANDRON TAB 150 MG 71
nimodipina cáp. 30 mg 49
NISOLDIPINA COMP. 20 MG 49
NISOLDIPINA COMP. 30 MG 49
NISOLDIPINA COMP. 40 MG 49
NITRO-BID POMADA AL 2 % 55
NITRO-DUR DIS. 0,3 MG/HR 56
NITRO-DUR DIS. 0,8 MG/HR 56
nitrofurantoína cáp. 100 mg 13
nitrofur mac cáp. 50 mg 13
nitrofur mac cáp. 100 mg 13
nitroglicerina dis. 0,1 mg/hr 56
nitroglicerina dis. 0,2 mg/hr 56
nitroglicerina dis. 0,4 mg/hr 56
nitroglicerina dis. 0,6 mg/hr 56
NITROGLICERINA INY. 5 MG/ML 56
Nitrostat sub. de 0,3 mg 56
Nitrostat sub. de 0,4 mg 56
Nitrostat sub. de 0,6 mg 56
nizatidina cáp. 150 mg 60
nizatidina cáp. 300 mg 60
nizatidina sol. 15 mg/ml 60
NORDITROPIN INY. 5/1,5 ML 65
NORDITROPIN INY. 10/1,5 ML 65
NORDITROPIN INJ 15/1,5 ML 65
NORDITROPIN INY. 30/3 ML 65
Noretin ace comp. 5 mg 68
Nortrel 28 comp. 0,5/35 67
nortriptilina comp. 10 mg 24
nortriptilina comp. 25 mg 24
nortriptilina comp. 50 mg 24
nortriptilina cáp. 75 mg 24
nortriptilina sol. 10 mg/5 ml 24
NORVIR CÁP. 100 MG 39
NORVIR SOL. 80 MG/ML 39
NORVIR COMP. 100 MG 39
NOVOLIN 70/ INY. 30 INNLT 43
NOVOLIN INY. 70/30 43
NOVOLIN N INY. INNOLET 43
NOVOLIN N INY. U-100 43
NOVOLIN R INY. U-100 43
NOVOLOG INY. 100/ML 43
NOVOLOG INY. FLEXPEN 43
NOVOLOG INY. PENFILL 43
NOVOLOG MIX INY. 70/30 43
NOVOLOG MIX INY. FLEXPEN 43
NOXAFIL SUSP. 40 MG/ML 27
NUVARING MIS 68
nistatina crema 100.000 27
nistatina ungüento 100.000 27
nistatina polvo 100.000 27
nistatina susp. 100.000 27
nistatina comp. 500.000 27

O

Ocella comp. 3-0,03 mg 68
octreotida iny. 50 mcg/ml 71
octreotida iny. 100 mcg 71
octreotida iny. 200 mcg 71
octreotida iny. 500 mcg 71
octreotida iny. 1.000 mcg 71
ofloxacina gotas oftalm. al 0,3 % 77
ofloxacina en gotas al 0,3 % óticas 79
ofloxacina comp. 200 mg 16
ofloxacina comp. 300 mg 16
ofloxacina comp. 400 mg 16
OGESTREL COMP. 68
omeprazol/bicarbonato de sodio cáp. 20-1100 61
omepra/bicar cáp. 40-1100 61
omeprazol cáp. 10 mg 61
omeprazol cáp. 20 mg 61
omeprazol cáp. 40 mg 61
ondansetrón iny. 4 mg/2 ml 26

ondansetrón comp. 4 mg 26
ondansetrón comp. 4 mg des. oral 26
ondansetrón comp. 8 mg 26
ondansetrón comp. 8 mg des. oral 26
ondansetrón comp. 24 mg 26
ONGLYZA COMP. 2,5 MG 42
ONGLYZA COMP. 5 MG 42
OPANA ER COMP. 5 MG 10
OPANA ER COMP. 10 MG 10
OPANA ER COMP. 20 MG 10
OPANA ER COMP. 30 MG 10
OPANA ER COMP. 40 MG 10
ORAP COMP. 1 MG 36
ORAP COMP. 2 MG 36
ORENCIA INY. 250 MG 72
ORFADIN CÁP. 2 MG 59
ORFADIN CÁP. 5 MG 59
ORFADIN CÁP. 10 MG 59
orfenadrina/asa/cafeína comp. 83
orfenadrina iny. 30 mg/ml 83
orfenadrina comp. 100 mg de lib. prol. 83
ORTHO EVRA DIS. SEMANAL 68
ORTHO TRI-CYCLEN LO COMP. 68
OVCON 50 COMP. 28 68
oxandrolona comp. 2,5 mg 65
oxandrolona comp. 10 mg 65
oxaproxina comp. 600 mg 11
oxcarbazepina susp. 300 mg/5 m 20
oxcarbazepina comp. 150 mg 20
oxcarbazepina comp. 300 mg 20
oxcarbazepina comp. 600 mg 20
OXSORALEN LOCIÓN AL 1 % 58
oxibutinin jarabe 5 mg/5 ml 61
oxibutinin comp. 5 mg 61
comp. de oxibutinin de 5 mg de lib. prol 61
oxibutinin comp. 10 mg de lib. prol. 61
oxibutinin comp. 15 mg de lib. prol. 61
oxicodona/apap cáp. 5-500 mg 10
oxicodona/apap comp. 2,5-325 mg 10
hidroxicodona/apap comp. 5-325 mg 10
oxicodona/apap comp. 7,5-325 mg 10
oxicodona/apap comp. 7,5-500 mg 10
hidroxicodona/apap comp. 10-325 mg 10
hidroxicodona/apap comp. 10-650 mg 10
oxicodona/asa comp. 10
OXYCODONA CON. 20 MG/ML 10
oxicodona comp. 5 mg 10
OXICODONA COMP. 10 MG 10
oxicodona comp. 15 mg 10
oxicodona comp. 30 mg 10
OXYTROL DIS. 3,9 MG/24 61

P

PACERONE COMP. 100 MG 46
PAMIDRONATO INY. 6 MG/ML 76
pamidronato iny. 30/10 ml 76
pamidronato iny. de 90/10 ml 76
PANCREAZE CÁP. 4.200 UNID. 59
PANCREAZE CÁP. 10.500 UNID. 59
PANCREAZE CÁP. 16.800 UNID. 59
PANCREAZE CÁP. 21.000 UNID. 59
PANRETIN GEL AL 0,1 % 31
pantoprazol comp. 20 mg 61
pantoprazol comp. 40 mg 61
papaverina cáp. 150 mg de lib. cont. 56
paromomicina cáp. 250 mg 12
paroxetina comp. 12,5 mg de lib. prol. 22
paroxetina susp. 10 mg/5 ml 40
paroxetina comp. 10 mg 40
paroxetina comp. 20 mg 40
paroxetina comp. 25 mg de lib. prol. 23
paroxetina comp. 30 mg 40
paroxetina comp. 40 mg 40
PASER GRANULADO 4 G 29
PATADAY SOL. AL 0,2 % 77
PATANOL SOL. OFTALM. AL 0,1 % 78
PEDIAPRED SOL. 6,7/5 ML 64
PEDIARIX INY. 0,5 ML 75
PEDVAXHIB INY. 75
PEGANONE COMP. 250 MG 20
PEGASYS KIT 39
PEG-INTRON KIT 50 MCG 74
PEG-INTRON KIT 50 µg RP 74
PEG-INTRON KIT 80 MCG RP 74
PEG-INTRON KIT 120 RP 74
PEG-INTRON KIT 150 RP 74
penicilina vk sol. 125/5 ml 15
penicilina vk sol. 250/5 ml 15
penicilina vk comp. 250 mg 15
penicilina vk comp. 500 mg 15
PENTA/APAP COMP. 25-650 MG 10
PENTAM 300 INY. 300 MG 32
PENTASA CÁP. 250 MG DE LIB. CONT. 75
PENTASA CÁP. 500 MG DE LIB. CONT. 75
PENTAZOCINA/NAXOLONA COMP. 10
pentoxifilina comp. 400 mg lib. prol. 45
permetrín crema al 5 % 32
permetrín loción al 1 % 32
PERFEN./AMIT COMP. 2-10 MG 24
PERFEN./AMIT COMP. 2-25 MG 24
PERFEN./AMIT COMP. 4-10 MG 24
PERFEN./AMIT COMP. 4-25 MG 24

PERFEN./AMIT COMP. 4-50 MG 24
perfenazina comp. 2 mg 36
perfenazina comp. 4 mg 36
perfenazina comp. 8 mg 36
perfenazina comp. 16 mg 36
fenelcina comp. 15 mg 22
fenitoína cáp. ex 100 mg 20
fenitoína cáp. ex 200 mg 20
fenitoína ex cáp. 300 mg 20
fenitoína iny. 50 mg/ml 20
fenitoína susp. 125/5 ml 20
FOSFOLINA SOL. OFTALM. AL 0,125 % 79
pilocarpina comp. 5 mg 57
PINDOLOL COMP. 5 MG 48
PINDOLOL COMP. 10 MG 48
PIPERACILINA INY. 3 G 15
PIPERACILINA INY. 40 G 15
piperacilina/tazobactama iny. 3-0,375 g 15
piroxicam cáp. 10 mg 11
piroxicam cáp. 20 mg 11
PLAVIX COMP. 75 MG 45
podofilox solución 0,5 % 58
Portia-28 comp. 67
cloruro potásico cápsulas 10 meq de lib. prol. 84
cloruro potásico iny. 10 meq 84
cloruro potásico iny. 20 meq 84
cloruro potásico iny. 30 meq 84
cloruro potásico líq. 20 % 84
cloruro potásico sol. 10% sf 84
cloruro potásico comp. 8 meq de lib. sost. 84
citrato potásico comp. 540 mg 84
citrato potásico comp. 1080 mg 84
cloruro potásico microcomprimidos
10 meq de lib. prol. 84
cloruro potásico microcomp.
de 20 meq de lib. prol. 84
pramipexol comp. 0,5 mg 33
pramipexol comp. 0,25 mg 33
pramipexol comp. 0,75 mg 33
pramipexol comp. 0,125 mg 33
pramipexol comp. 1,5 mg 33
pramipexol comp. 1 mg 33
PRANDIMET COMP. 1-500 MG 42
PRANDIMET COMP. 2-500 MG 42
PRANDIN COMP. 0,5 MG 42
PRANDIN COMP. 1 MG 42
PRANDIN COMP. 2 MG 42
pravastatina comp. 10 mg 52
pravastatina comp. 20 mg 52
pravastatina comp. 40 mg 52
pravastatina comp. 80 mg 52
clorhidrato de prazosina cáp. 1 mg 46
clorhidrato de prazosina cáp. 2 mg 46
prazosina, clorhidrato, cáp. 5 mg 46
prednisolona sol. 15 mg/5 ml 64
prednisolona susp. al 1 % oftalm. 78
PREDNISONA CON. 5 MG/ML 64
prednisona comp. 1 mg 64
prednisona comp. 2,5 mg 64
prednisona comp. 5 mg 64
prednisona comp. 10 mg 64
prednisona comp. 20 mg 64
PREDNISONA COMP. 50 MG 64
PREDNISOLONA SODIO FOSFATO
SOL. OFTALM. AL 1 % 78
fosfato de sodio de prednisolona sol. 5 mg/5 ml 64
PREFEST COMP. 68
PREMARIN INY. 25 MG 67
PREMARIN COMP. 0,3 MG 67
PREMARIN COMP. 0,9 MG 67
PREMARIN COMP. 0,45 MG 67
PREMARIN COMP. 0,625 MG 67
PREMARIN COMP. 1,25 MG 67
PREMARIN CREMA VAG. 0,625 MG 67
PREMPHASE COMP. 68
PREMPRO COMP. 0,3-1,5 69
PREMPRO COMP. 0,45-1,5 69
PREMPRO COMP. 0,625-5 69
PREMPRO COMP. 0,625-2,5 69
PRENATABS OBN COMP. 84
Prevalite polvo 4 g 52
prevalite polvo 4 g pk 52
PREZISTA COMP. 75 MG 39
PREZISTA COMP. 150 MG 39
PREZISTA COMP. 400 MG 39
PREZISTA COMP. 600 MG 39
PRIFTIN COMP. 150 MG 29
PRIMAQUINA COMP. 26,3 MG 32
PRIMAXIN INY. IM 500 MG 14
PRIMAXIN INY. IV 250 MG 14
PRIMAXIN INY. IV 500 MG 14
primidona comp. 50 mg 19
primidona comp. 250 mg 19
PRISTIQ COMP. 50 MG 23
PRISTIQ COMP. 100 MG 23
PRIVIGEN INY. 20 GRAMOS 73
PROAIR HFA AER. 81
probenecid/colchicina comp. 500-0,5 27
probenecid comp. 500 mg 27
proclorperazina iny. 5 mg/ml 36
proclorperazina sup. 25 mg 26
proclorperazina comp. 5 mg 36

proclorperazina comp. 10 mg 36
PROCRIT INY. 2.000/ML 45
PROCRIT INY. 3.000/ML 45
PROCRIT INY. 4.000/ML 45
PROCRIT INY. 10.000/ML 44
PROCRIT INY. 20.000/ML 45
PROCRIT INY. 40.000/ML 45
proctozone hc crema 2,5 % 64
PROGLYCEM SUSP. 50 MG/ML 42
PROGRAF CÁP. 0,5 MG 73
PROGRAF CÁP. 1 MG 73
PROGRAF CÁP. 5 MG 73
PROGRAF INY. 5 MG/ML 73
PROLASTINA INY. 500 MG 82
PROLEUKIN INY. 22 MU 31
PROMACTA COMP. 25 MG 45
PROMACTA COMP. 50 MG 45
PROMACTA COMP. 75 MG 45
prometazina iny. 25 mg/ml 26
prometazina iny. 50 mg/ml 26
prometazina sup. 12,5 mg 26
prometazina sup. 25 mg 26
prometazina jarabe 6,25/5 ml 26
prometazina comp. 12,5 mg 26
prometazina comp. 25 mg 26
prometazina comp. 50 mg 26
PROMETRIUM COMP. 100 MG 69
PROMETRIUM COMP. 200 MG 69
propafenona comp. 150 mg 46
propafenona comp. 225 mg 46
propafenona comp. 300 mg 46
PROPINE SOL. OFTALM. AL 0,1 % 79
PROPRANOLOL/HIDROCLOROTIAZIDA
COMP. 40/25 48
PROPRAN/HCTZ COMP. 80/25 48
propranolol cáp. 60 mg de lib. prol. 48
propranolol cáp. 80 mg de lib. prol. 48
propranolol cáp. 120 mg de lib. prol. 48
propranolol cáp. 160 mg lib. prol. 48
propranolol iny. 1 mg/ml 46
PROPRANOLOL SOL. 20 MG/5 ML 46
PROPRANOLOL SOL. 40 MG/5 ML 46
propranolol comp. 10 mg 28
propranolol comp. 20 mg 28
propranolol comp. 40 mg 28
propranolol comp. 60 mg 28
propranolol comp. 80 mg 48
propiltiouracilo comp. 50 mg 72
PROQUAD INY. 75
PROTONIX INY. 40 MG 61
PROTOPIC POMADA 0,1 % 58
PROTOPIC UNG. AL 0,03 % 58
protriptilina comp. 5 mg 24
protriptilina comp. 10 mg 24
PROVENTIL AER. HFA 81
PROVIGIL COMP. 100 MG 57
PROVIGIL COMP. 200 MG 57
PULMICORT INH. 90 MCG 80
PULMICORT INH. 180 MCG 80
PULMICORT SUSP. 1 MG/2 ML 80
PULMOZYME SOL. 1 MG/ML 59
pirazinamida comp. 500 mg 29
piridostigmina comp. 60 mg 28

Q

quinapril/hctz comp. 10-12,5 55
quinapril/hctz comp. 20-12,5 55
quinapril/hidroclorotiazida comp. 20-25 mg 55
Quasense comp. 67
quinapril comp. 5 mg 55
quinapril comp. 10 mg 54
quinapril comp. 20 mg 54
quinapril comp. 40 mg 54
gluconato de quinidina comp.
324 mg de lib. cont. 46
quinidina su comp. 200 mg 46
sulfato de quinidina comp. 300 mg 47
SULFATO DE QUINIDINA COMP.
300 MG DE LIB. PROL. 47
QVAR AER. 40 MCG 80
QVAR AER. 80 MCG 80

R

RABAVERT INY. 75
ramipril cáp. 1,25 mg 55
ramipril cáp. 2,5 mg 55
ramipril cáp. 5 mg 55
ramipril cáp. 10 mg 55
RANEXA COMP. 500 MG 50
RANEXA COMP. 1.000 MG 50
ranitidina cáp. 150 mg 60
ranitidina cáp. 300 mg 60
ranitidina iny. 150/6 ml 60
ranitinida jarabe 15 mg/ml 60
ranitidina comp. 150 mg 60
ranitidina comp. 300 mg 60
RAPAMUNE SOL. 1 MG/ML 73
RAPAMUNE COMP. 0,5 MG 73
RAPAMUNE COMP. 1 MG 73
RAPAMUNE COMP. 2 MG 72
REBIF INY. 22/0,5 74
REBIF INY. 44/0,5 74

REBIF TITRATION PACK SOL. 74
RECOMBIVA HB INJ 10 MCG/ML..... 75
RECOMBIVA-HB INY. 40 MCG/ML 74
REGRANEX GEL 0,01 % 58
RELENZA MIS DISKHALE 39
RELION R INY. 100/ML..... 43
RELISTOR INY. 12/0,6 ML..... 24
RELPAX COMP. 20 MG..... 28
RELPAX COMP. 40 MG..... 28
REMICADE INY. 100 MG..... 73
REMODULIN INY. 1 MG/ML..... 82
REMODULIN INY. 2,5 MG/ML..... 82
REMODULIN INY. 5 MG/ML..... 82
REMODULIN INY. 10 MG/ML..... 82
RENVELA PAQ. 0,8 G 62
RENVELA PAQ. 2,4 G 62
RENVELA COMP. 800 MG 62
RESCRIPTOR COMP. 100 MG..... 37
RESCRIPTOR COMP. 200 MG..... 37
RESTASIS EMUL. 0,05 %..... 77
RETROVIR INY. 10 MG/ML..... 38
REVATIO COMP. 20 MG..... 82
REVLIMID CÁP. 5 MG 29
REVLIMID CÁP. 10 MG 29
REVLIMID CÁP. 15 MG 29
REVLIMID CÁP. 25 MG 29
REYATAZ CÁP. 100 MG..... 39
REYATAZ CÁP. 150 MG..... 39
REYATAZ CÁP. 200 MG..... 39
REYATAZ CÁP. 300 MG..... 39
RHINOCORT AQUA SUSP. 80
ribavirin cáp. 200 mg 39
ribavirin comp. 200 mg..... 39
RIDAURA CÁP. 3 MG 74
rifampina cáp. 150 mg..... 29
rifampina cáp. 300 mg..... 29
rifampina iny. 600 mg 29
RILUTEK COMP. 50 MG 57
rimantadina comp. 100 mg..... 39
RISPERDAL INY. 25 MG..... 34
RISPERDAL INY. 37,5 MG..... 34
RISPERDAL INY. 50 MG..... 34
risperidona sol. 1 mg/ml 34
risperidona comp. 0,5 mg..... 34, 35
risperidona comp. 0,5 mg des. oral 35
risperidona comp. 0,25 mg..... 34
RISPERIDONA COMP. 0,25 DIS. ORAL..... 35
risperidona comp. 1 mg..... 35, 41
risperidona comp. 1 mg des. oral 41
risperidona comp. 2 mg..... 35
risperidona comp. 2 mg des. oral 35
risperidona comp. 3 mg..... 35
risperidona comp. 3 mg des. oral 35
risperidona comp. 4 mg..... 35
risperidona comp. 4 mg des. oral 35
RITUXAN INY. 500 MG 31
rivastigmina cáp. 1,5 mg 21
rivastigmina cáp. 3 mg 21
rivastigmina cáp. 4,5 mg 21
rivastigmina cáp. 6 mg 21
ropinirol comp. 0,5 mg..... 33
ropinirol comp. 0,25 mg..... 33
ropinirol comp. 1 mg..... 33
ropinirol comp. 2 mg..... 33
ropinirol comp. 3 mg..... 33
ropinirol comp. 4 mg..... 33
ropinirol comp. 5 mg..... 33
ROTATEQ SUSP..... 75
ROZEREM COMP. 8 MG 82

S

SABRIL POLVO 500 MG 19
SABRIL COMP. 500 MG..... 19
SAFYRAL COMP..... 67
lavado salino iny. 0,9 %..... 84
salsalato comp. 500 mg 8
salsalato comp. 750 mg 8
SANDIMMUNE CÁP. 25 MG..... 73
SANDIMMUNE CÁP. 100 MG..... 73
SANDIMMUNE INY. 50 MG/ML 73
SANDIMMUNE SOL. 100 MG/ML..... 73
SANTYL POMADA 250/GM..... 58
SAPHRIS SUBLING. 5 MG..... 35
SAPHRIS SUBLING. 10 MG..... 35
SEASONIQUE COMP. 67
selegilina cáp. 5 mg..... 33
selegilina comp. 5 mg 33
sulfuro de selenio champú al 2,5 %..... 27
SELZENTRY COMP. 150 MG..... 38
SELZENTRY COMP. 300 MG..... 38
SENSIPAR COMP. 30 MG..... 71
SENSIPAR COMP. 60 MG..... 71
SENSIPAR COMP. 90 MG..... 71
SEREVENT DISP. AER. 50 MCG..... 81
SEROMYCIN CÁP. 250 MG 29
SEROQUEL COMP. 25 MG 35
SEROQUEL COMP. 50 MG 35
SEROQUEL COMP. 100 MG 35
SEROQUEL COMP. 200 MG 35
SEROQUEL COMP. 300 MG 35
SEROQUEL COMP. 400 MG 35
sertralina con. 20 mg/ml 23

sertralina comp. 25 mg..... 23
sertralina comp. 50 mg..... 23
sertralina comp. 100 mg..... 23
sulfadiacina argéntica crema 1 %..... 13
simvastatina comp. 5 mg 52
simvastatina comp. 10 mg 52
simvastatina comp. 20 mg 52
simvastatina comp. 40 mg 52
simvastatina comp. 80 mg 52
SINGULAIR MAST. 4 MG..... 80
SINGULAIR MAST. 5 MG..... 80
SINGULAIR GRAN. 4 MG..... 80
SINGULAIR COMP. 10 MG..... 80
smz/tmp ds comp. 800-160..... 16
SMZ-TMP INY. 400-80/5 16
smz-tmp susp. 200-40/5 16
smz-tmp comp. 400-80 mg 16
bicarbonato sódico iny. 7,5 %..... 84
cloruro sódico iny. 2,5/ml 84
cloruro sódico iny. al 3 %..... 84
cloruro sódico iny. 5 %..... 84
SODIUM EDECRIN INY. 50 MG..... 51
floruro sódico, comp. 2,2 mg..... 84
cloruro de sodio, neb. al 7 %..... 82
cloruro sódico sol. 0,9 % para irrigación..... 84
sulfonato de poliestireno sódico polvo 24
sulfacetamida sódica sol. al 10 % oftalm. 16
SOLU-MEDROL INY. 2 GM 64
SOMATULINE INY. 60/0,2 ML..... 71
SOMATULINE INY. 90/0,3 ML..... 71
SOMATULINE INY. 120/0,5 ML..... 71
SOMAVERT INY. 10 MG 71
SOMAVERT INY. 15 MG 71
SOMAVERT INY. 20 MG 71
SORIATANE CÁP. 10 MG 58
SORIATANE CÁP. 17,5 MG 58
SORIATANE CÁP. 25 MG 58
sotalol AF comp. 80 mg 47
sotalol AF comp. 120 mg 47
sotalol af comp. 160 mg..... 47
clorhidrato de sotalol, comp. 80 mg..... 47
clorhidrato de sotalol, comp. 120 mg..... 47
clorhidrato de sotalol, comp. 160 mg..... 47
clorhidrato de sotalol comp. 240 mg..... 47
SPIRIVA CÁP. HANDIHLR..... 81
espironolactona/hctz comp. 25/25..... 55
espironolactona comp. 25 mg..... 55
espironolactona comp. 50 mg..... 55
espironolactona comp. 100 mg..... 55
SPORANOX SOL. 10 MG/ML..... 27
SPRYCEL COMP. 20 MG 31
SPRYCEL COMP. 50 MG 31
SPRYCEL COMP. 70 MG 31
SPRYCEL COMP. 80 MG 31
SPRYCEL COMP. 100 MG 31
SPRYCEL COMP. 140 MG 31
STALEVO 50 COMP. 33
STALEVO 75 COMP. 33
STALEVO 100 COMP. 33
STALEVO 125 COMP. 33
STALEVO 150 COMP. 33
STALEVO 200 COMP. 33
stavudina cáp. 15 mg 38
stavudina cáp. 20 mg 38
stavudina cáp. 30 mg 38
stavudina cáp. 40 mg 38
stavudina sol. 1 mg/ml 38
STRATTERA CÁP. 10 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 18 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 25 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 40 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 60 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 80 MG..... 57
STRATTERA CÁP. 100 MG..... 57
SUBOXONE SUBLING. 2-0,5 MG..... 25
SUBOXONE SUBLING. 8-2 MG..... 25
sucralfato comp. 1 g..... 61
SULFADIAZINA COMP. 500 MG..... 16
sulfasalazina comp. de 500 mg..... 75
sulfasalazina comp. 500 mg lib. lenta 75
sulfazine ec comp. de 500 mg..... 76
sulindac comp. 150 mg 11
sulindac comp. 200 mg 12
SUMATRIPTAN INY. 4 MG/0,5..... 28
sumatriptán iny. 6 mg/0,5..... 28
SUMATRIPTAN ATOM. 20 MG/ACT 28
sumatriptán comp. 25 mg..... 28
sumatriptán comp. 50 mg..... 28
sumatriptano comp. 100 mg..... 28
SUPRAX SUSP. 100/5 ML..... 14
SUPRAX SUSP. 200/5 ML..... 14
SUPREP BOWEL SOL. PREP..... 60
SURMONTIL CÁP. 25 MG 24
SURMONTIL CÁP. 50 MG 24
SURMONTIL CÁP. 100 MG 24
SUSTIVA CÁP. 50 MG 37
SUSTIVA CÁP. 200 MG 37
SUSTIVA COMP. 600 MG 37
SUTENT CÁP. 12,5 MG..... 31
SUTENT CÁP. 25 MG..... 31
SUTENT CÁP. 50 MG..... 31
SYMBICORT AER. 80-4,5 80

SYMBICORT AER. 160-4,5 80
SYMLIN INY. 600 MCG 42
SYMLINPEN 60 INY. 1000 MCG 42
SYMLNPEN 120 INY. 1000 MCG 42
SYNAREL SOL. 2 MG/ML 71
SYNTHROID COMP. 25 MCG 70
SYNTHROID COMP. 50 MCG 70
SYNTHROID COMP. 75 MCG 70
SYNTHROID COMP. 88 MCG 70
SYNTHROID COMP. 100 MCG 70
SYNTHROID COMP. 112 MCG 70
SYNTHROID COMP. 125 MCG 70
SYNTHROID COMP. 137 MCG 70
SYNTHROID COMP. 150 MCG 70
SYNTHROID COMP. 175 MCG 70
SYNTHROID COMP. 200 MCG 70
SYNTHROID COMP. 300 MCG 70
SYPRINE CÁP. 250 MG 24

T

TABLOID COMP. 40 MG 30
tacrolimus cáp. 0,5 mg 73
tacrolimus cáp. 1 mg 73
tacrolimus cáp. 5 mg 73
TAMIFLU CÁP. 30 MG 39
TAMIFLU CÁP. 45 MG 39
TAMIFLU CÁP. 75 MG 39
TAMIFLU SUSP. 12 MG/ML 39
tamoxifeno comp. 10 mg 30
tamoxifeno comp. 20 mg 30
tamsulosina cáp. 0,4 mg 62
TARCEVA COMP. 25 MG 31
TARCEVA COMP. 100 MG 31
TARCEVA COMP. 150 MG 31
TARGRETIN CÁP. 75 MG 32
TARGRETIN GEL AL 1 % 32
TASIGNA CÁP. 200 MG 31
TASMAR COMP. 100 MG 33
TAZORAC CREMA AL 0,1 % 58
TAZORAC CREMA AL 0,05 % 58
TAZORAC GEL 0,1 % 58
TAZORAC GEL AL 0,05 % 58
taztia xt cáp. 120 mg/24 49
taztia xt cáp. 180 mg/24 49
taztia xt cáp. 240 mg/24 49
taztia xt cáp. 300 mg/24 49
Taztia xt cáp. 360 mg/24 48
TEGRETOL MASTIC. 100 MG 20
TEGRETOL SUSP. 100/5 ML 20
TEGRETOL COMP. 200 MG 20
TEGRETOL XR COMP. 100 MG 20
TEGRETOL XR COMP. 200 MG 20
TEGRETOL XR COMP. 400 MG 20
terazosina cáp. 1 mg 46
terazosina cáp. 2 mg 46
terazosina cáp. 5 mg 62
terazosina cáp. 10 mg 62
terbinafina comp. 250 mg 26
terbutalina, iny. 1 mg/ml 81
terbutalina, comp. 2,5 mg 81
terbutalina, comp. 5 mg 82
terconazol crema 0,4 % 27
terconazol crema 0,8 % 27
terconazol sup. 80 mg 27
TESTIM GEL 1 % (50 MG) 65
cipionato de testosterona iny. 100 mg/ml 65
enantato de testosterona iny. 200 mg/ml 65
TOXOIDE TETÁNICO INY. 5LF ADS 75
TOXOIDE TETÁNICO/DIFTÉRICO INY. 2-2 LF 75
tetraciclina cáp. 250 mg 17
tetraciclina cáp. 500 mg 17
TEV-TROPIN INY. 5 MG 65
THALITONE COMP. 15 MG 51
THALOMID CÁP. 50 MG 29
THALOMID CÁP. 100 MG 29
THALOMID CÁP. 150 MG 29
THALOMID CÁP. 200 MG 29
teofilina comp. 100 mg lib. prol. 81
teofilina comp. 200 mg lib. prol. 81
teofilina, comp. de lib. prol., 300 mg 81
TEOFILINA COMP. DE LIB. PROL. 450 MG 81
THIOLA COMP. 100 MG 62
tioridazina comp. 10 mg 36
tioridazina comp. 25 mg 36
tioridazina comp. 50 mg 36
tioridazina comp. 100 mg 36
tiotixeno cáp. 1 mg 36
tiotixeno cáp. 2 mg 36
tiotixeno cáp. 5 mg 36
tiotixeno cáp. 10 mg 36
TIMOGLOBULINA INY. 25 MG 73
ticlopidina comp. 250 mg 45
TIKOSYN CÁP. 125 MCG 47
TIKOSYN CÁP. 250 MCG 47
TIKOSYN CÁP. 500 MCG 47
TIMENTIN INY. 3,1 G 15
maleato de timolol sol. oftalm. al 0,5 % 79
timolol mal sol. al 0,25 % oftalm. 79
TIMOLOL MAL COMP. 5 MG 28
TIMOLOL MAL COMP. 10 MG 28
TIMOLOL MAL COMP. 20 MG 28
tizanidina comp. 2 mg 37

tizanidina comp. 4 mg ... 37
TOBI NEB. 300/5 ML ... 12
TOBRADEX POMADA OFTALM. ... 78
tobramicina iny. 10 mg/ml ... 12
tobramicina iny. 80 mg/2 ml ... 12
tobramicina sol. oftalm. al 0,3 % ... 77
tobramicina/dexametasona susp. ... 78
TOLBUTAMIDA COMP. 500 MG ... 42
TOPAMAX SPR CÁP. 15 MG ... 19
TOPAMAX SPR CÁP. 25 MG ... 19
TOPAMAX COMP. 25 MG ... 19
TOPAMAX COMP. 50 MG ... 19
TOPAMAX COMP. 100 MG ... 19
TOPAMAX COMP. 200 MG ... 19
topiramato cáp. 15 mg ... 19
topiramato cáp. 25 mg ... 19
topiramato comp. 25 mg ... 28
topiramato comp. 50 mg ... 28
topiramato comp. 100 mg ... 19
topiramato comp. 200 mg ... 19
torsemida comp. 5 mg ... 51
torsemida comp. 10 mg ... 51
torsemida comp. 20 mg ... 51
torsemida comp. 100 mg ... 51
electrolitos iny. npt ... 84
TRACLEER COMP. 62,5 MG ... 82
TRACLEER COMP. 125 MG ... 82
clorhidrato de tramadol comp. 50 mg ... 10
tramadol clorhidrato comp. 100 mg lib. prol. ... 10
clorhidrato de tramadol comp. 200 mg lib. prol. ... 10
trandolapril/verapamilo comp. 1-240 de lib. cont. ... 55
trandolapril/verapamilo comp. 2-180 lib. cont. ... 55
trandolapril/verapamilo comp. 2-240 lib. cont. ... 55
trandolapril/verapamilo comp. 4-240 lib. cont. ... 55
tranilcipromina comp. 10 mg ... 22
TRAVATAN Z GOTAS AL 0,004 % ... 79
trazodona comp. 50 mg ... 22
trazodona comp. 100 mg ... 22
trazodona comp. 150 mg ... 22
trazodona comp. 300 mg ... 22
TRECATOR COMP. 250 MG ... 29
TRETINOIN CÁP. 10 MG ... 32
tretinoína crema al 0,1 % ... 58
tretinoína crema al 0,05 % ... 58
tretinoína crema al 0,025 % ... 58
triamcinolona crema al 0,1 % ... 64
triamcinolona crema al 0,5 % ... 65
triamcinolona crema al 0,025 % ... 64
triamcinolona pomada al 0,1 % ... 65
triamcinolona loción al 0,025 % ... 65
triamcinolona pomada al 0,1 % ... 65
TRIAMCINOLONA POMADA AL 0,5 % ... 65
TRIAMCINOLONA UNG. AL 0,05 % ... 65
triamcinolona ung. 0,025 % ... 65
triamcinolona/ora pasta dent. al 0,1 % ... 57
triamcinolona/hidroclorotiazida cáp. 37,5-25 ... 51
triamtereno/hidroclorotiazida cáp. 50-25 mg ... 51
triamtereno/hidroclorotiazida comp. 37,5-25 mg ... 51
triamtereno/hidroclorotiazida comp. 75-50 mg ... 51
trifluoperazina comp. 1 mg ... 37
trifluoperazina comp. 2 mg ... 37
trifluoperazina comp. 5 mg ... 37
trifluoperazina comp. 10 mg ... 37
dorzolamida sol. oftalm. al 1 % ... 77
trihexifenidilo elixir 0,4 mg/ml ... 33
trihexifenidilo comp. 2 mg ... 33
trihexifenidilo comp. 5 mg ... 33
TRIHIBIT KIT P/F ... 75
Tri-legest fe comp. ... 67
TRILEPTAL SUSP. 300 MG/5M ... 20
TRILEPTAL COMP. 150 MG ... 20
TRILEPTAL COMP. 300 MG ... 20
TRILEPTAL COMP. 600 MG ... 20
Trilyte sol. ... 60
trimetoprima sol. polimixina ... 77
trimetoprima comp. 100 mg ... 13
Trinessa comp. ... 69
TRIPEDIA SUSP. P/F ... 75
Trivora-28 comp. ... 69
TRIZIVIR COMP. ... 38
cloruro de trospium, comp. 20 mg. ... 62
TRUVADA COMP. ... 38
TWINRIX INY. ... 75
TYGACIL INY. 50 MG ... 13
TYKERB COMP. 250 MG ... 31
TYPHIM VI INY. ... 75
TYZEKA COMP. 600 MG ... 39
TYZINE PED GOTAS AL 0,05 % ... 82
TYZINE SOL. 0,1 % ... 82

U

U-Cort crema al 1 % ... 65
ULORIC COMP. 40 MG ... 27
ULORIC COMP. 80 MG ... 27
ursodiol comp. 300 mg ... 60
ursodiol comp. 250 mg ... 60
ursodiol comp. 500 mg ... 60
UVADEX INY. 20 MCG/ML ... 58

V

VAGIFEM COMP. 10 MCG ... 67
valaciclovir comp. 1 g ... 40

valaciclovir comp. 500 mg 40
VALCYTE SOL. 50 MG/ML 37
VALCYTE COMP. 450 MG 37
valproato iny. 100 mg/ml 19
valproico, ácido, cáp. 250 mg 19
valproico, ácido, jarabe 250/5 ml 19
CLORHIDRATO DE VANCOMICINA
CÁP. 125 MG 13
CLORHIDRATO DE VANCOMICINA
CÁP. 250 MG 14
vancomicina iny. 1000 mg 13
VAQTA INY. 25/0,5 ML 75
VARIVAX INY. 75
VELCADE INY 3,5 MG 31
Velivet envase 67
venlafaxina cáp. 37,5 mg 23
venlafaxina cáp. 75 mg de lib. prol. 23
venlafaxina cáp. 150 mg lib. prol. 23
venlafaxina comp. 25 mg 23
venlafaxina comp. 37,5 de lib. prol. 23
venlafaxina comp. 37,5 mg 23
venlafaxina comp. 50 mg 23
venlafaxina comp. 75 mg 23
venlafaxina comp. 75 mg de lib. prol. 23
venlafaxina comp. 100 mg 23
venlafaxina comp. 150 mg lib. prol. 23
venlafaxina comp. 225 mg de lib. prol. 23
VENOFER INY. 20 MG/ML 84
verapamilo cáp. 100 mg de lib. prol. 49
verapamilo cáp. 120 mg de lib. prol. 49
verapamilo cáp. 180 mg de lib. prol. 50
verapamilo cáp. 200 mg de lib. prol. 50
verapamilo cáp. 240 mg de lib. prol. 50
verapamilo cáp. 300 mg de lib. prol. 50
verapamilo cáp. 360 mg de lib. de sost. 50
verapamilo comp. 40 mg 49
verapamilo comp. 80 mg 49
verapamilo comp. 120 mg 49, 50
verapamilo comp. 120 mg de lib. prol. 50
verapamilo comp. 180 mg de lib. prol. 50
verapamilo comp. 240 mg de lib. prol. 50
VESICARE COMP. 5 MG 62
VESICARE COMP. 10 MG 62
VFEND SUSP. 40 MG/ML 27
VFEND COMP. 50 MG 27
VFEND COMP. 200 MG 27
VICTOZA INY. 18 MG/3 ML 42
VIDAZA INY. 100 MG 31
VIDEX SOL. 2 G 38
VIGAMOX GOTAS AL 0,5 % 77
VIMPAT INY. 200 MG/20 17
VIMPAT SOL. 10 MG/ML 17
VIMPAT COMP. 50 MG 17
VIMPAT COMP. 100 MG 17
VIMPAT COMP. 150 MG 17
VIMPAT COMP. 200 MG 17
VIRACEPT POLVO 50 MG/G 39
VIRACEPT COMP. 250 MG 39
VIRACEPT COMP. 625 MG 39
VIRAMUNE SUSP. 50 MG/5 ML 37
VIRAMUNE COMP. 200 MG 37
VIREAD COMP. 300 MG 38
VIVELLE-DOT DIS. 0,1 MG 68
VIVELLE-DOT DIS. 0,05 MG 67
VIVELLE-DOT DIS. 0,025 MG 67
VIVELLE-DOT DIS. 0,075 MG 68
VIVELLE-DOT DIS. 0,0375 MG 67
VIVITROL INY. 380 MG 25
VOLTAREN GEL 1 % 8
voriconazol comp. 50 mg 27
voriconazol comp. 200 mg 27
VOTRIENT COMP. 200 MG 29
VYTORIN COMP. 10-10 MG 52
VYTORIN COMP. 10-20 MG 52
VYTORIN COMP. 10-40 MG 52
VYTORIN COMP. 10-80 MG 53
VYVANSE CÁP. 20 MG 56
VYVANSE CÁP. 30 MG 56
VYVANSE CÁP. 40 MG 56
VYVANSE CÁP. 50 MG 56
VYVANSE CÁP. 60 MG 56
VYVANSE CÁP. 70 MG 56

W

warfarina comp. 1 mg 44
warfarina comp. 2,5 mg 44
warfarina comp. 2 mg 44
warfarina comp. 3 mg 44
warfarina comp. 4 mg 44
warfarina comp. 5 mg 44
warfarina comp. 6 mg 44
warfarina comp. 7,5 mg 44
warfarina comp. 10 mg 44
WELCHOL PAQ. 3,75 GM 52
WELCHOL COMP. 625 MG 52

X

XALATAN SOL. AL 0,005 % 79
XELODA COMP. 150 MG 30
XELODA COMP. 500 MG 30
XENAZINE COMP. 12,5 MG 77
XENAZINE COMP. 25 MG 77

XGEVA INY. 76
XIFAXAN COMP. 200 MG 13
XIFAXAN COMP. 550 MG 13
XOLAIR SOL. 150 MG 82
XYREM SOL. 500 MG/ML..... 57

Y

YF-VAX INY. 75

Z

zafirlukast comp. 10 mg 80
zafirlukast, comp. 20 mg 80
zaleplón, cáp. 5 mg 82
zaleplón cáp. 10 mg 82
ZARONTIN CÁP. 250 MG..... 18
ZARONTIN SOL. 250/5 ML 18
ZAVESCA CÁP. 100 MG..... 59
ZEMPLAR CÁP. 1 MCG..... 76
ZEMPLAR CÁP. 2 MCG..... 76
ZEMPLAR CÁP. 4 MCG..... 76
ZEMPLAR INY. 2 MCG/ML..... 76
ZEMPLAR INY. 5 MCG/ML..... 76
ZETIA COMP. 10 MG..... 52
ZIAGEN SOL. 20 MG/ML..... 38
ZIAGEN COMP. 300 MG 38
zidovudina cáp. 100 mg 38
zidovudina jarabe 50 mg/5ml 38
zidovudina comp. 300 mg..... 38
ZOLINZA CÁP 100 MG..... 31
zolpidem de lib. prol. comp. 12,5 mg..... 82
zolpidem, comp. 5 mg 82
zolpidem comp. 10 mg 82
zolpidem tar comp. 6,25 mg..... 82
ZOMETA INY. 4 MG/5 ML..... 76
ZONALON CREMA AL 5 % 59
ZONEGRAN CÁP. 25 MG..... 18
ZONEGRAN CÁP. 100 MG..... 18
zonisamida cáp. 25 mg..... 18
zonisamida cáp. 50 mg..... 18
zonisamida cáp. 100 mg..... 18
ZORTRESS COMP. 0,5 MG 73
ZORTRESS COMP. 0,25 MG 73
ZORTRESS COMP. 0,75 MG 73
ZOSTAVAX INY..... 75
Zovia 1/35e comp. 69
ZOVIA 1/50E COMP..... 69
ZOVIRAX CREMA AL 5 %..... 40
ZOVIRAX UNGÜENTO AL 5 %..... 40
ZYFLO CR COMP. 600 MG..... 80
ZYMAR GOTAS AL 0,3 % 77
ZYPREXA INY. 10 MG 35
ZYPREXA COMP. 2,5 MG 35
ZYPREXA COMP. 5 MG 35
ZYPREXA COMP. 7,5 MG 35
ZYPREXA COMP. 10 MG 35
ZYPREXA COMP. 15 MG 35
ZYPREXA COMP. 20 MG 35
ZYPREXA ZYDI COMP. 5 MG..... 35
ZYPREXA ZYDI COMP. 10 MG..... 35
ZYPREXA ZYDI COMP. 15 MG..... 35
ZYPREXA ZYDI COMP. 20 MG..... 35
ZYVOX SOL. 2 MG/ML..... 13
ZYVOX SUSP. 100 MG/5 M..... 13
ZYVOX COMP. 600 MG 13

PRESBYTERIAN

Presbyterian Senior Care (HMO)
Presbyterian MediCare PPO

El Centro de servicio al cliente de Presbyterian se encuentra disponible en los siguientes horarios:
Del 15 de octubre al 14 de febrero: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Del 15 de febrero al 14 de octubre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Dispone de un sistema de respuesta de voz para ayudarle los sábados, domingos y feriados, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Los mensajes que se dejen se responderán dentro del plazo de un día laborable.

Llame al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343.
Línea TTY de acceso para personas con problemas auditivos: 1-888-625-8818

www.phs.org

Presbyterian existe para mejorar la salud de los pacientes, los miembros y las comunidades a las que brindamos nuestros servicios.