



Planificación familiar - Programa Planning for Healthy Babies (P4HB) de CareSource

10/1/2024

INTRODUCCIÓN

Este es el **Formulario o la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de Medicaid de CareSource** de 2024. Esta lista puede ayudarles a los proveedores en la selección de productos clínicamente adecuados y de menor precio. Todos los medicamentos de Medicaid de Georgia están cubiertos por CareSource. Esta es solo una lista de medicamentos preferidos.

Estos medicamentos han sido revisados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) de CareSource. La lista se encuentra actualizada al momento de la revisión.

No prometemos la exactitud de los datos. Tampoco pretende ser una lista completa. No sustituye el conocimiento, la habilidad y el criterio del proveedor. Todos los datos de la lista constituyen una guía. Los proveedores son totalmente responsables de todas las opciones de medicamentos.

La lista está sujeta a las leyes y normas específicas en cada estado. Estas pueden ser, entre otras:

- las de la opción genérica
- las listas de sustancias controladas
- la preferencia por la marca
- los medicamentos genéricos obligatorios (cuando corresponda)

No asumimos ninguna responsabilidad por las acciones o brechas de ningún proveedor. Deben revisar los datos de los productos del fabricante de medicamentos o las referencias estándar.

PREFACIO

La lista está ordenada por secciones. Cada sección se divide por clase de medicamento terapéutico, según el método de acción. Los productos se mencionan por nombre genérico. El nombre de marca también figura en la lista. Esto es solo a fines informativos. A menos que el medicamento sea una inyección o un caso especial, se menciona la dosis, las formas y las concentraciones.

COMITÉ DE P&T

Se usa un Comité nacional de P&T para aprobar terapias farmacológicas seguras y útiles. Está compuesto por:

- **los directores médicos del plan**
- el personal de farmacia
- personas de la comunidad médica

DETALLES SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Solo se puede cubrir una concentración, dosificación u otra formulación si se incluye en la lista. No se cubren otras concentraciones, dosificaciones ni formulaciones. Por ejemplo: formas inyectables del producto. Los productos de liberación prolongada y retardada tienen su propio listado.

metformina Glucophage

La lista de productos de liberación inmediata no tendría el producto de liberación extendida.

metformina ext-rel Glucophage XR

Una segunda lista muestra el producto de liberación prolongada. Las formas de dosificación

se incluirán en la sección en que se mencionan.

neomicina/polimixina B/hidrocortisona Cortisporin

Cortisporin solo figura en la lista de ÓTICOS. Se limita a la solución y la suspensión. No se puede asumir que la crema figura en la lista. Debería formar parte de la sección DERMATOLOGÍA.

Autorización previa (PA)

CareSource puede necesitar que los proveedores nos informen por qué es necesario un medicamento o una cantidad. Esto se denomina PA (Prior Authorization). CareSource debe autorizar esta solicitud antes de que un afiliado reciba el medicamento. "PA" significa que se necesita una autorización previa. Estas son algunas de las razones para una PA:

- Existe un medicamento genérico o alternativo disponible.
- Podría haber abuso o uso indebido del medicamento.
- El medicamento necesita un manejo especial, supervisión o tiene un envío limitado.
- Existen otros medicamentos que se deben probar primero.

Solicitudes de PA

Los asociados de salud pueden solicitar una autorización previa en línea o por fax. Obtenga más información en la página de Proveedores en **CareSource.com**. Es posible que no aprobemos una solicitud de PA para un medicamento. Si no lo hacemos, le diremos al afiliado cómo apelar.

Límites de cantidad

Algunos medicamentos pueden tener límites sobre cuánto se puede administrar de una vez. La abreviatura "QL" (Quality Limits) se usa para indicar que hay un límite de cantidad. Los QL se basan en la dosis sugerida por los fabricantes de medicamentos. También se tiene en cuenta la seguridad del paciente. La terapia con analgésicos opioides puede tener límites de cantidad. Estos se basan en la dosis recomendada por los fabricantes de medicamentos y/o en los reglamentos estatales.

Los límites de cantidad se encuentran en la lista a continuación.

Terapia escalonada

Es posible que los afiliados deban probar un medicamento antes de tomar otro. Esto se denomina terapia escalonada. Se debe probar un medicamento antes de que se apruebe el uso de otro. CareSource cubrirá ciertos medicamentos solo si se sigue el protocolo de terapia escalonada. Cuando es necesario, se usa "ST" (Step Therapy) en la lista.

Sustitución por medicamento genérico e intercambio terapéutico

La sustitución por un medicamento genérico es una acción de la farmacia. Se ofrece una versión genérica en lugar de un producto de marca. La letra cursiva significa que existe un genérico. Todas las formas de dosis y concentraciones

El genérico puede estar disponible como genérico. Un medicamento de marca que contenga un producto genérico no pertenecerá al formulario. Se cubrirá el producto genérico en lugar del producto de marca. La lista está sujeta a los reglamentos estatales y las normas específicos sobre la sustitución por medicamentos genéricos.

Los medicamentos genéricos con frecuencia tienen un precio más bajo que los medicamentos de marca. Se deben prescribir en primer lugar si se siguen los estándares. Los medicamentos genéricos de venta con receta están:

- Aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. Esto es por motivo de seguridad y eficacia. Están fabricados bajo los mismos estándares estrictos que los productos de marca.
- Probados en humanos. El genérico se debe absorber a la misma velocidad que el producto de marca. Puede diferir de la marca en el tamaño, el color y los ingredientes inactivos. Esto no altera su uso.
- Fabricados con la misma concentración y la misma forma de dosificación que los medicamentos de marca.

Un medicamento genérico tendrá el mismo efecto y será tan seguro como el de marca.

DISEÑO DEL PLAN

La lista muestra un diseño cerrado de plan del formulario. Los medicamentos incluidos en la lista están cubiertos por el plan según se muestra. Ciertos medicamentos están cubiertos si se cumplen con los estándares de gestión de uso. Puede ser ST, PA y/o QL. Se revisarán las solicitudes de medicamentos que no cumplan con los estándares de la lista. Si un medicamento no está en la lista, puede solicitar una excepción al formulario para la cobertura. Se revisará la necesidad médica o la excepción al formulario. Esto se basa en medidas de PA o los criterios de prescripción estándar que no pertenecen al formulario. Un afiliado o un proveedor pueden solicitar una excepción al formulario. Complete el formulario que se encuentra en la página de la PDL en **CareSource.com**.

AVISO

Los datos de esta lista son privados. La información no se puede copiar en su totalidad o en parte sin una autorización por escrito.

© 2024. Todos los derechos reservados.

Esta lista contiene medicamentos con receta de marca que son marcas comerciales o marcas registradas.

CareSource no opera las organizaciones que se mencionan en esta lista. CareSource no es responsable de la confiabilidad del contenido. Estas listas no son una recomendación de CareSource.

Nota: Esta lista se actualiza periódicamente. Es posible que los cambios aparezcan antes de su fecha de entrada en vigor.

Lista de abreviaturas

1: Producto genérico preferido

2: Producto de marca preferido

ACA: Ley de Atención Económica (Affordable Care Act).

AR: Restricción de edad (Age Restriction). Para ciertos medicamentos, el medicamento puede estar cubierto para afiliados dentro de cierto rango de edad sin una autorización previa.

OTC: De venta libre (Over-the-Counter). Un medicamento OTC es un medicamento no recetado.

PA: Autorización previa (Prior authorization). Nuestro plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted debe obtener la aprobación de CareSource antes de surtir sus recetas. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

QL: Límite de cantidad (Quantity Limit). Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia escalonada (Step Therapy). En algunos casos, el Plan le pedirá que primero pruebe ciertos medicamentos para su afección médica antes de cubrir otro. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B hasta que haya probado con el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

Planificación familiar P4HB de Georgia

Índice

ANESTÉSICOS.....3

ANTIARTRÍTICOS3

ANTIBIÓTICOS.....3

ANTIMICÓTICOS.....4

ANTINEOPLÁSICOS4

ANTIVIRALES.....4

BIOLÓGICOS4

ANTICONCEPTIVOS4

GASTROINTESTINALES.....7

HORMONAS.....7

VITAMINAS PRENATALES7

ACTUALIZADA A PARTIR DEL 10/1/2024

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
ANESTÉSICOS		
fenazopiridina, comprimido oral, 100 mg, 200 mg	1	
ANTIARTRÍTICOS		
EC-NAPROXEN	1	
naproxeno, comprimido oral, liberación retardada (dr/ec)	1	
naproxeno sódico, comprimido oral, 275 mg, 550 mg	1	
ANTIBIÓTICOS		
amoxicilina, cápsula oral	1	
amoxicilina, suspensión oral para reconstitución	1	
amoxicilina, comprimido oral	1	
amoxicilina, comprimido oral, masticable, 125 mg	1	
amoxicilina-ácido clavulánico, suspensión oral para reconstitución	1	
amoxicilina-ácido clavulánico, comprimido oral	1	
amoxicilina-ácido clavulánico, comprimido oral, masticable	1	
ampicilina	1	
AVIDOXY	1	
azitromicina, oral	1	
cefadroxilo	1	
cefdinir	1	
cefepodoxima	1	
cefprozil	1	
cefuroxima axetilo	1	
cefalexina, cápsula oral, 250 mg, 500 mg	1	
cefalexina, suspensión oral para reconstitución	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
clorhidrato de ciprofloxacina, oral	1	
ciprofloxacina, suspensión oral, microcápsula recon 250 mg/5 ml	1	
claritromicina	1	
clorhidrato de clindamicina	1	
CLINDAMICINA, pediátrica	1	
fosfato de clindamicina, vaginal	1	
dicloxacilina	1	
E.E.S. 400	1	
ERY-TAB, comprimido oral de liberación retardada (DR/EC), 250 MG, 333 MG	1	
ERYTHROCIN (COMO ESTEARATO)	1	
etilsuccinato de eritromicina	1	
eritromicina, cápsula oral de lib. retardada (dr/ec)	1	
eritromicina, comprimido oral	1	
eritromicina, comprimido oral de lib. retardada (dr/ec) 250 mg	1	
levofloxacina, oral	1	
metronidazol, oral	1	
metronidazol, gel vaginal al 0.75 % (37.5 mg/5 gramos)	1	QL (99 G/99 días)
minociclina, cápsula oral	1	
minociclina, comprimido oral	1	
MONDOXYNE NL	1	
MORGIDOX	1	
neomicina	1	
nitrofurantoína, macrocristales	1	
nitrofurantoína, monohid/macrocrist	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
nitrofurantoína, suspensión oral, 25 mg/5 ml	1	
penicilina v potásica	1	
sulfametoxazol-trimetoprima, oral	1	
SULFATRIM	1	
trimetoprima	1	
URELLE	2	
URETRON D-S	1	
URO-458	1	
VANDAZOLE	1	QL (99 G/99 días)
ANTIMICÓTICOS		
clotrimazol, membrana mucosa	1	
fluconazol	1	
griseofulvina, micronizada	1	
griseofulvina, ultramicronizada	1	
ketoconazol, oral	1	
nistatina comprimido oral	1	
clorhidrato de terbinafina, oral	1	QL (99 U/99 días)
terconazol	1	
ANTINEOPLÁSICOS		
VOTRIENT	2	
ANTIVIRALES		
valaciclovir	1	
BIOLÓGICOS		
ADACEL (TDAP adolesc/adulto) (PF)	2	
BOOSTRIX TDPA	2	
ENGERIX-B (PF)	2	
ENGERIX-B, pediátrico (PF)	2	
HEPLISAV-B. (PF)	2	
RECOMBIVAX HB (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR 40 MCG/ML, 5 MCG/ 0.5 ML	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	2	
TDVAX	2	
TENIVAC (PF)	2	
ANTICONCEPTIVOS		
AFIRMELLE	1	
ALTAVERA (28)	1	
ALYACEN 1/35 (28)	1	
ALYACEN 7/7/7 (28)	1	
AMETHIA	1	QL (99 U/99 días)
AMETHYST (28)	1	QL (99 U/99 días)
APRI	1	
ARANELLE (28)	1	
ASHLYNA	1	QL (99 U/99 días)
AUBRA	1	
AUBRA EQ	1	
AUROVELA 1.5/30 (21)	1	
AUROVELA 1/20 (21)	1	
AUROVELA FE 24	1	
AUROVELA FE 1.5/30 (28)	1	
AUROVELA FE 1-20 (28)	1	
AVIANE	1	
AYUNA	1	
ZURETTE (28)	1	
BALZIVA (28)	1	
BLISOVI FE 24	1	
BLISOVI FE 1.5/30 (28)	1	
BLISOVI FE 1/20 (28)	1	
BRIELLYN	1	
CAMILA	1	
CAMRESE	1	QL (99 U/99 días)
CAMRESE LO	1	QL (99 U/99 días)

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
CAZANT (28)	1	
CHATEAL (28)	1	
CHATEAL EQ (28)	1	
CRYSELLE (28)	1	
CYRED	1	
CYRED EQ	1	
DASETTA 1/35 (28)	1	
DASETTA 7/7/7 (28)	1	
DAYSEE	1	QL (99 U/99 días)
DEBLITANE	1	
desog-etinil.estradiol/ etinil.estradiol	1	
drospirenona- etinilestradiol	1	
ELINEST	1	
ELURYNG	1	
ENPRESSE	1	
ENSKYCE	1	
ERRIN	1	
ESTARYLLA	1	
diacetato de etinodiol- etinil estradiol	1	
etonogestrel-etinil estradiol	1	
FALMINA (28)	1	
HAILEY	1	
HAILEY 24 FE	1	
HEATHER	1	
INCASSIA	1	
ISIBLOOM	1	
JASMIEL (28)	1	
JENCYCLA	1	
JOLESSA	1	QL (99 U/99 días)
JULEBER	1	
JUNE L 1.5/30 (21)	1	
JUNE L 1/20 (21)	1	
JUNEL 1.5/30 (28)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
JUNEL FE 1/20 (28)	1	
JUNEL FE 24	1	
KAITLIB FE	1	
KALLIGA	1	
KARIVA (28)	1	
KELNOR 1/35 (28)	1	
KELNOR 1/50 (28)	1	
KURVELO (28)	1	
levonorgestrel/etinilestr adiol-etinilestradiol, comprimidos orales, env. dosificador, 3 meses, 0.1 mg- 20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/ 10 mcg (7)	1	QL (99 U/99 días)
levonorgestrel/etinilestr adiol-etinilestradiol, comprimidos orales, env. dosificador, 3 meses, 0.15 mg- 20 mcg/0.15 mg- 25 mcg	1	
LARIN 1.5/30 (21)	1	
LARIN 1/20 (21)	1	
LARIN FE 24	1	
LARIN FE 1.5/30 (28)	1	
LARIN FE 1/20 (28)	1	
LAYOLIS FES	1	
LEENA 28	1	
LESSINA	1	
LEVONEST (28)	1	
levonorgestrel- etinilestadiol, comprimido oral, 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	1	
levonorgestrel- etinilestadiol, comprimido oral, 90-20 mcg (28)	1	QL (99 U/99 días)
levonorgestrel- etinilestradiol, comprimido oral, env. dosificador, 3 meses	1	QL (99 U/99 días)
levonorgestrel- etinilestradiol, trifásico	1	
LEVORA-28	1	
LORYNA (28)	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
LOW-OGESTREL (28)	1	
LO-ZUMANDIMINE (28)	1	
LUTERA (28)	1	
LYZA	1	
MARLISSA (28)	1	
acetato de medroxiprogesterona, intramuscular	1	QL (99 ML/ 99 días)
MICROGESTIN 1.5/30 (21)	1	
MICROGESTIN 1/20 (21)	1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28)	1	
MICROGESTIN FE 1/20 (28)	1	
MILI	1	
MONO-LINYAH	1	
NECON 0.5/35 (28)	1	
NIKKI (28)	1	
NORA-BE	1	
noretindrona-etinilestradiol-hierro	1	
noretindrona (anticonceptivo)	1	
acetato de noretindrona-etinilestradiol, comprimido oral, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1	
noretindrona-etinilestradiol-hierro, comprimido oral 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/ 75 mg (7)	1	
norgestimato-etinilestradiol	1	
NORTREL 0.5/35 (28)	1	
NORTREL 1/35 (21)	1	
NORTREL 1/35 (28)	1	
NORTREL 7/7/7 (28)	1	
OCELLA	1	
PHILITH	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
PIMTREA (28)	1	
PORTIA 28	1	
RECLIPSEN (28)	1	
SETLAKIN	1	QL (99 U/99 días)
SHAROBEL	1	
SIMLIYA (28)	1	
SIMPESSE	1	QL (99 U/99 días)
SPRINTEC (28)	1	
SRONYX	1	
SYEDA	1	
TARINA FE 24	1	
TARINA FE 1/20 (28)	1	
TARINA FE 1-20 EQ (28)	1	
TILIA FE	1	
TRI-ESTARYLLA	1	
TRI-LEGEST FE	1	
TRI-LINYAH	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRI-LO-MARZIA	1	
TRI-LO-MILI	1	
TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRI-MILI	1	
TRI-SPRINTEC (28)	1	
TRIVORA (28)	1	
TRI-VYLIBRA	1	
TRI-VYLIBRA LO	1	
TULANA	1	
VELIVET régimen trifásico (28)	1	
VIENVA	1	
VIORELE (28)	1	
VYFEMLA (28)	1	
VYLIBRA	1	
WERA (28)	1	
WYMZYA FE	1	
XULANE	1	
ZAFEMY	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Restricciones/ Límites
ZARAH	1	
ZUMANDIMINE (28)	1	
GASTROINTESTINALES		
<i>esomeprazol magnesio, gránulos orales para susp., lib. retardada, paquete</i>	1	
<i>omeprazol, cápsula oral de lib. retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>pantoprazol, comprimido oral de lib. retardada (dr/ec)</i>	1	
HORMONAS		
<i>medroxiprogesterona, oral</i>	1	
<i>acetato de noretindrona</i>	1	
<i>progesterona micronizada</i>	1	
VITAMINAS PRENATALES		
KOSHER PRENATAL PLUS HIERRO	2	
M-NATAL PLUS	1	
PRENATABS FA	1	
PRENATABS RX	1	
PRENATAL 19, comprimido oral, masticable	2	
PRENATAL PLUS	1	
PRENATAL PLUS (CALCIO CARB)	1	
PRENATAL VITAMIN PLUS HIERRO BAJO	1	
SE-NATAL 19, masticable	1	
THRIVITE RX	2	
TRICARE	2	
TRINATAL RX 1	1	

Índice

ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT) (PF).....	4	CYRED	5	ketoconazol	4
AFIRMELLE	4	CYRED EQ	5	KOSHER PRENATAL PLUS	7
ALTAVERA (28)	4	DASETTA 1/35 (28)	5	HIERRO	7
ALYACEN 1/35 (28)	4	DASETTA 7/7/7 (28)	5	KURVELO (28).....	5
ALYACEN 7/7/7 (28)	4	DAYSEE	5	<i>levonorgestrel/etinilestradiol-</i>	
AMETHIA	4	DEBLITANE	5	<i>etinilestradiol</i>	5
AMETHYST (28)	4	<i>desogestrel-etinilestradiol/</i>		LARIN 1.5/30 (21).....	5
<i>amoxicilina</i>	3	<i>etinilestradiol</i>	5	LARIN 1/20 (21).....	5
<i>amoxicilina-clavulanato</i>		<i>dicloxacilina</i>	3	LARIN 24 FE	5
<i>de potasio</i>	3	<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	5	LARIN FE 1.5/30 (28)	5
<i>ampicilina</i>	3	E.E.S. 400	3	LARIN FE 1/20 (28).....	5
APRI	4	EC-NAPROXENO	3	LAYOLIS FE	5
ARANELLE (28)	4	ELINEST	5	LEENA 28.....	5
ASHLYNA	4	ELURYNG	5	LESSINA	5
AUBRA	4	ENGERIX-B (PF).....	4	<i>levofloxacin</i> a.....	3
AUBRA EQ	4	ENGERIX-B, pediátrico (PF)	4	LEVONEST (28).....	5
AUROVELA 1.5/30 (21)	4	ENPRESSE	5	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	5
AUROVELA 1/20 (21)	4	ENSKYCE	5	<i>levonorg-etinilestrad. trifásico</i>	5
AUROVELA FE 24	4	ERRIN	5	LEVORA-28	5
AUROVELA FE 1.5/30 (28).....	4	ERY-TAB	3	LORYNA (28)	5
AUROVELA FE 1-20 (28).....	4	ERYTHROCIN (COMO		LOW-OGESTREL (28)	6
AVIANE	4	ESTEARATO)	3	LO-ZUMANDIMINE (28)	6
AVIDOXY	3	<i>eritromicina</i>	3	LUTERA (28).....	6
AYUNA	4	<i>etilsuccinato de eritromicina</i>	3	LYZA	6
<i>azitromicina</i>	3	<i>esomeprazol magnesio</i>	7	MARLISSA (28).....	6
AZURETTE (28)	4	ESTARYLLA	5	<i>medroxiprogesterona</i>	6, 7
BALZIVA (28)	4	<i>diacetato de etinodiol-</i>		<i>metronidazol</i>	3
BLISOVI FE 24.....	4	<i>etiestadiol</i>	5	MICROGESTIN 1.5/30 (21)	6
BLISOVI FE 1.5/30 (28)	4	<i>etonogestrel-etinilestradiol</i>	5	MICROGESTIN 1/20 (21).....	6
BLISOVI FE 1/20 (28)	4	FALMINA (28)	5	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) ...	6
BOOSTRIX TDPA	4	<i>fluconazol</i>	4	MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	6
BRIELLYN.....	4	<i>griseofulvina, micronizada</i>	4	MILI	6
CAMILA.....	4	<i>griseofulvina, ultramicronizada</i>	4	<i>minociclina</i>	3
CAMRESE	4	HAILEY	5	M-NATAL PLUS	7
CAMRESE LO.....	4	HAILEY 24 FE	5	MONDOXYNE NL	3
CAZANT (28)	5	HEATHER	5	MONO-LINYAH	6
<i>cefadroxilo</i>	3	HEPLISAV-B (PF)	4	MORGIDOX	3
cefдинир	3	INCASSIA	5	<i>naproxeno</i>	3
<i>cefподoxima</i>	3	ISIBLOOM.....	5	<i>naproxeno sódico</i>	3
cefprozil.....	3	JASMIEL (28).....	5	NECON 0.5/35 (28)	6
<i>cefuroxima axetilo</i>	3	JENCYCLA	5	<i>neomicina</i>	3
<i>cefalexina</i>	3	JOLESSA	5	NIKKI (28).....	6
CHATEAL (28)	5	JULEBER	5	<i>nitrofurantoína</i>	4
CHATEAL EQ (28)	5	JUNEL 1.5/30 (21).....	5	<i>nitrofurantoína macrocristales</i>	3
<i>ciprofloxacina</i>	3	JUNE L 1/20 (21).....	5	<i>nitrofurantoína monohidrato/</i>	
<i>ciprofloxacina, clorhidrato</i>	3	JUNEL FE 1.5/30 (28)	5	<i>macrocristales</i>	3
<i>claritromicina</i>	3	JUNEL FE 1/20 (28).....	5	NORA-BE	6
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	3	JUNEL FE 24	5	<i>noretetinil-estradiol-hierro</i>	6
CLINDAMICINA PEDIÁTRICA	3	KAITLIB FE	5	<i>noretindrona (anticonceptivo)</i>	6
<i>fosfato de clindamicina</i>	3	KALLIGA	5	<i>acetato de noretindrona</i>	7
<i>clotrimazol</i>	4	KARIVA (28).....	5	<i>acetato de noretindrona-</i>	
CRYSELLE (28).....	5	KELNOR 1/35 (28)	5	<i>etinilestradiol</i>	6
		KELNOR 1/50 (28).....	5		

<i>noretindrona-etinilestradiol-</i>	TRI-LO-SPRINTEC	6
<i>hierro</i>	<i>trimetoprima</i>	4
<i>norgestinato-etinilestradiol</i>	TRI-MILI	6
NORTREL 0.5/35 (28).....	TRINATAL RX 1	7
NORTREL 1/35 (21).....	TRI-SPRINTEC (28).....	6
NORTREL 1/35 (28).....	TRIVORA (28).....	6
NORTREL 7/7/7 (28).....	TRI-VYLIBRA	6
<i>nistatina</i>	TRI-VYLIBRA LO	6
OCELLA.....	TULANA.....	6
<i>omeprazol</i>	URELLE	4
<i>pantoprazol</i>	URETRON D-S	4
<i>penicilina v potásica</i>	URO-458.....	4
<i>fenazopiridina</i>	<i>valaciclovir</i>	4
PHILITH	VANDAZOL.....	4
PIMTREA (28).....	VELIVET RÉGIMEN	
PORTIA 28.....	TRIFÁSICO (28).....	6
PRENATABS FA.....	VIENVA.....	6
PRENATABS RX	VIORELE (28)	6
PRENATAL 19	VOTRIENT	4
PRENATAL PLUS.....	VYFEMLA (28)	6
PRENATAL PLUS (CARB. DE	VYLIBRA.....	6
CALCIO)	WERA (28).....	6
PRENATAL VITAMIN PLUS	WYMZYA FE.....	6
(BAJO EN HIERRO).....	XULANE.....	6
<i>progesterona micronizada</i>	ZAFEMY	6
RECLIPSEN (28)	ZARAH.....	7
RECOMBIVAX HB (PF)	ZUMANDIMINE (28).....	7
SE-NATAL 19 MASTICABLE		
SETLAKIN.....		
SHAROBEL		
SIMLIYA (28)		
SIMPESSE.....		
SPRINTEC (28).....		
SRONYX.....		
<i>sulfametoxazol-trimetoprima</i>		
SULFATRIM.....		
SYEDA.....		
TARINA 24 FE		
TARINA FE 1/20 (28)		
TARINA FE 1-20 EQ (28).....		
TDVAX.....		
TENIVAC (PF).....		
<i>clorhidrato de terbinafina</i>		
<i>terconazol</i>		
THRIVITE RX.....		
TILIA FE.....		
TRICARE		
TRI-ESTARYLLA		
TRI-LEGEST FE		
TRI-LINYAH.....		
TRI-LO-ESTARYLLA.....		
TRI-LO-MARZIA.....		
TRI-LO-MILI		