



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

Cubrimos a todos los niños

Estado de Pennsylvania

Donde los niños pertenecen



Beneficios de Farmacia

UPMC *for Kids*[™]

Un Producto de UPMC Health Plan

www.upmchealthplan.com/upmcforkid

Índice

Programa de medicamentos con receta	1
Medicamentos genéricos	2
Tratamiento escalonado	2
Medicamentos de una dosis diaria	2
Medicamentos sin cobertura	2
Farmacias participantes	3
Medicamentos inyectables.....	3
Copagos	3
Venta por correo	4
Preguntas sobre los beneficios de farmacia.....	5
Medicamentos que requieren autorización previa.....	5
Límites de cantidad	7
Lista de medicamentos con receta	15
Lista de medicamentos de venta libre.....	26
Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos....	29

UPMC *for Kids*[™]

Un Producto de UPMC Health Plan

Programa de medicamentos con receta

La lista de medicamentos de UPMC *for Kids*[™] es una recopilación que hace el Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics Committee, P&T) de UPMC Health Plan y que incluye medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA).

Este comité decide qué medicamentos se incorporarán al programa de Beneficios de Farmacia de UPMC *for Kids*. Está compuesto por médicos y farmacéuticos de las comunidades pertenecientes al área de servicio de UPMC Health Plan y su trabajo es evaluar la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos para determinar si tendrán cobertura.

El objetivo del Comité de P&T es asegurarse de que el programa de Beneficios de Farmacia de UPMC *for Kids* permita a los niños tener acceso a medicamentos con receta que sean de alta calidad y a la vez económicos. El comité revisa y actualiza este programa de Beneficios de Farmacia varias veces al año. Encontrará información sobre estas actualizaciones en el boletín para los miembros de UPMC *for Kids* y la correspondencia que recibe de la farmacia, y también en el sitio web de UPMC *for Kids* en www.upmchealthplan.com/upmcforkids.

UPMC *for Kids* cubre (paga) los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos. Este folleto incluye una lista de los medicamentos con receta cubiertos y otra con los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos. Ambas listas describen los fármacos de uso más común, pero en ellas no figuran todos los medicamentos que puede recetarle el médico. **UPMC *for Kids* puede ofrecer cobertura para medicamentos que no están incluidos en este folleto de Beneficios de Farmacia.** Los medicamentos que sí figuran en esta lista se eligen porque son seguros, eficaces y son más económicos que otros que tienen el mismo nivel de eficacia.

Las dosis de medicamentos que puede recibir su hijo a través del programa de farmacia de UPMC *for Kids* dependerán del tipo de medicamento que le receta el médico. El suministro máximo de los medicamentos especializados, las sustancias controladas y los medicamentos que se surten en farmacias es para 30 días. En el caso de los medicamentos que se obtienen a través del servicio de venta por correo, excepto los especializados y las sustancias controladas, el suministro máximo es para 90 días. El período máximo autorizado para renovar recetas es de un año a partir de la fecha en que se recetó el medicamento original.

Para contar con el total de la cobertura disponible, el médico debe recetar los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos. Para obtener una receta de un medicamento no incluido en la lista, el médico de su hijo debe comunicarse con el número gratuito del equipo Health Care Concierge al 1-800-650-8762 y solicitar una excepción médica. El médico debe llamar al equipo de Health Care Concierge antes de que usted vaya a la farmacia.

Los medicamentos de venta libre pueden tener cobertura si el médico los receta. Por favor consulte la lista de medicamentos de venta libre de UPMC *for Kids* para ver los productos con cobertura.

Si tiene alguna pregunta acerca de la lista, su uso o las especificaciones médicas, llame al número gratuito del equipo de Health Care Concierge: 1-800-650-8762. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar a la línea gratuita 1-800-361-2629.

Medicamentos genéricos

Según la política de UPMC *for Kids*, si está disponible, se utilizará la versión genérica de un medicamento. Estos medicamentos tienen los mismos ingredientes activos que sus versiones de marca y son igual de seguros y eficaces. Siempre que sea apropiado desde el punto de vista clínico, se alienta a los médicos a recetar medicamentos genéricos. Si el médico de su hijo le receta un medicamento de marca, las leyes de Pennsylvania permiten al farmacéutico venderle a usted la versión genérica. Si el médico piensa que su hijo necesita la versión de marca del medicamento, deberá llamar al equipo de Health Care Concierge para solicitar una excepción médica.

Tratamiento escalonado

El tratamiento escalonado (Step therapy) es un proceso en el que se utilizan como primera etapa de tratamiento los medicamentos sugeridos por UPMC *for Kids*. Si estos medicamentos no resultan eficaces desde el punto de vista clínico o si el miembro tiene algún efecto secundario, se puede aprobar otro medicamento como segunda etapa de tratamiento.

Medicamentos de una dosis diaria

Para ciertos medicamentos, la FDA ha aprobado el uso de una dosis alta al día en lugar de varias dosis más bajas en distintos momentos del día. En el caso de estos medicamentos, UPMC *for Kids* ofrece cobertura solo para una dosis alta al día. He aquí un ejemplo: el médico le indica a su hijo que tome dos dosis al día de 10 miligramos (mg) de un medicamento, una a la mañana y otra a la noche. Si el medicamento también está disponible en dosis de 20 mg, el farmacéutico reemplazará las dos dosis de 10 mg al día por una de 20 mg al día, cuando se trate de un medicamento cuyo prospecto indica que debe tomarse una vez al día. Si hay un motivo médico que impide que su hijo tome una dosis más alta del medicamento una vez al día, el médico deberá llamar al equipo de HealthCare Concierge al 1-800-650-8762 para solicitar una excepción médica.

Medicamentos sin cobertura

Los medicamentos que el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) de Pennsylvania considera que son exclusiones del beneficio estándar, no tienen cobertura. Aquí se incluyen los medicamentos del programa de Implementación de Estudios sobre la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI), fármacos experimentales, para bajar de peso, para el tratamiento de infertilidad y los utilizados por motivos estéticos. Otros medicamentos que no tienen cobertura son los esteroides anabólicos; los productos biológicos; la sangre o el plasma; los medicamentos de investigación, para el crecimiento del cabello y contra la impotencia, y las tiras reactivas para orina. No se ofrece cobertura para reponer medicamentos extraviados, robados o dañados, ni para recetas que se renuevan por un suministro mayor o que se dispensan después de un año de la fecha en que se expide la receta. Para ver más información sobre las exclusiones de medicamentos, consulte la lista de Exclusiones de UPMC *for Kids* incluida en el Paquete de Bienvenida (Welcome Kit). Puede llamar al equipo de Health Care Concierge al 1-800-650-8762 para solicitar una copia.

Farmacias participantes

La red de UPMC *for Kids* incluye una gran cantidad de farmacias participantes distribuidas en toda el área de servicio de UPMC *for Kids* que pueden surtir las recetas de su hijo. Puede llamar al equipo de Health Care Concierge al 1-800-650-8762 para que lo ayude a encontrar una farmacia participante cercana a su domicilio o para solicitar una lista de las farmacias participantes. También puede buscar una farmacia ingresando al sitio web de UPMC *for Kids* en www.upmchealthplan.com/upmcforkids.

Medicamentos inyectables

El programa de farmacias de UPMC *for Kids* ofrece cobertura para medicamentos especializados e inyectables cuando se obtienen a través de un proveedor especializado preferido. En general, estos medicamentos especializados se usan para tratar enfermedades complejas, y su administración suele requerir la supervisión de un médico debido a la posibilidad de efectos secundarios y la necesidad de ajustar frecuentemente la dosis. Estos medicamentos están identificados como tales en la lista de medicamentos. Llame al equipo de Health Care Concierge al 1-800-650-8762 para solicitar información adicional.

Copagos

Es posible que deba hacer un copago para cada medicamento. Los copagos se aplican a los medicamentos de venta libre y de venta con receta que tienen cobertura. El programa CHIP en el que está inscrito el niño determinará el monto del copago que le corresponde al miembro por cada medicamento con receta.

Si pide un medicamento a través del programa de venta por correo, el miembro recibirá un suministro para 90 días y deberá hacer solo dos copagos en lugar de tres. Vea más información al respecto en la sección sobre el programa de venta por correo.

La información sobre los copagos que le corresponden a cada miembro aparece impresa en el frente de la tarjeta de identificación del miembro de UPMC *for Kids*. El copago se aplica cuando se recoge la receta en la farmacia o cuando se hace el pedido a través del programa de venta por correo.

Vea a continuación los copagos correspondientes a los distintos niveles de cobertura de CHIP:

	<i>CHIP gratuito</i>	<i>CHIP de bajo costo</i>	<i>CHIP de costo completo</i>
Farmacia minorista:			
Medicamento genérico	\$0	\$6 por un suministro para 30 días	\$10 por un suministro para 30 días
Medicamento de marca	\$0	\$9 por un suministro para 30 días	\$18 por un suministro para 30 días
Venta por correo:			
Medicamento genérico	\$0	\$12 por un suministro para 90 días	\$20 por un suministro para 90 días
Medicamento de marca	\$0	\$18 por un suministro para 90 días	\$36 por un suministro para 90 días

Venta por correo

Los miembros de UPMC *for Kids* pueden aprovechar el programa de venta por correo para conseguir los medicamentos que usan con regularidad. En general son medicamentos para tratar problemas médicos crónicos. En lugar de recibir un suministro para 30 días del medicamento, el miembro obtiene un suministro para 90 días. Si al miembro le corresponde hacer copagos, según se explica en la sección anterior, solo deberá hacer dos copagos en lugar de tres. Tenga en cuenta que no puede usar este programa de venta por correo para pedir medicamentos especializados, sustancias controladas ni medicamentos de venta libre. UPMC *for Kids* usa la compañía Express Scripts (ESI) para este programa.

Consejos para aprovechar la opción de venta por correo

Si usted debe surtir una receta por primera vez o comprar un medicamento nuevo, UPMC *for Kids* recomienda que primero pruebe cómo responde su hijo con un suministro para 30 días de una farmacia minorista antes de pedir el suministro para 90 días a través del programa de venta por correo. Esto le permite al médico de su hijo verificar si el medicamento se administra con la dosis correcta y si provoca algún efecto secundario. Con este requisito evita tener que hacer copagos innecesarios si el médico de su hijo determina que debe cambiar el medicamento.

Para usar el programa de venta por correo, pida al médico de su hijo que haga una receta para un suministro de 90 días de cada medicamento que usa de forma rutinaria. Si necesita una receta para un medicamento nuevo o si su hijo debe comenzar a usarlo inmediatamente, asegúrese de que el médico haga dos recetas:

- Una para el suministro inicial de 30 días; con ella usted compra el medicamento en una farmacia minorista, de forma tal que su hijo pueda empezar a tomar la medicación y para ver si funciona para él.
- Una segunda receta con un suministro de 90 días para uso prolongado, la cual usted envía a ESI para iniciar el programa de venta por correo.

Para solicitar un formulario de venta por correo, llame al equipo de Health Care Concierge al 1-800-650-8762. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-361-2629.

En el formulario de venta por correo, llene las secciones de información del paciente para cada receta nueva que envía. Recuerde adjuntar al formulario la receta original que hizo el médico. Los talones de recetas nuevas deben incluir el nombre completo, la fecha de nacimiento y la dirección de su hijo, y también el nombre y el número de teléfono del médico.

Renovación de recetas

Para evitar quedarse sin suministro de un medicamento que recibe a través del programa de venta por correo, asegúrese de renovar la receta mientras su hijo aún tiene suministro para varias semanas. Esto se debe a que el procesamiento y la entrega del medicamento pueden demorar algunas semanas. Una vez que usted ya envió una receta a ESI, puede renovar las recetas por correo o por teléfono, llamando al centro de servicio de atención al cliente de ESI al 1-877-787-6279. Los representantes de ESI están disponibles para usted los siete días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar a ESI al 1-800-899-2114.

Copagos del programa de venta por correo

Cuando usted envía por correo una solicitud para una receta nueva o una renovación, si la cobertura de CHIP de su hijo indica que debe hacer un copago por medicamentos con receta, deberá incluir este copago en el sobre del pedido por correo. Puede pagar con cheque, giro postal o tarjeta de crédito (American Express, Discover, MasterCard o Visa). No envíe dinero en efectivo. Si renueva la receta por teléfono, deberá pagar con tarjeta de crédito.

Preguntas sobre los beneficios de farmacia

Si tiene alguna pregunta acerca de los beneficios de farmacia de su hijo, llame al equipo de Health Care Concierge al 1-800-650-8762, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., y los sábados, de 8 a. m. a 3 p. m. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-361-2629.

Medicamentos que requieren autorización previa

A continuación verá una lista resumida de medicamentos que requieren autorización previa; esto significa que, antes de recetar algunos de estos medicamentos, el médico debe primero consultar a UPMC *for Kids*. Esta lista suele incluir medicamentos nuevos cuyo uso es supervisado por UPMC *for Kids*, medicamentos que no se usan como primera opción de tratamiento para un problema médico, o medicamentos que pueden provocar efectos secundarios y cuyo uso también es supervisado por UPMC *for Kids* para garantizar la seguridad de los pacientes. Para que UPMC *for Kids* cubra estos medicamentos, primero el Departamento de Servicios de Farmacia (Pharmacy Services Department) de UPMC Health Plan debe autorizar su uso.

Vea el cuadro en la siguiente página.

Medicamentos que requieren autorización previa

Abilify (2 mg, 5 mg)	Elaprase	Kineret	Peg-Intron	Tarceva
Abstral	Elidel	Korlym	Potiga	Targretin
Actemra	Eligard	Krystexxa	Procrit	Tasigna
Acthar Gel	Emcyt	Kuvan	Prolastin	Temodar
Actimmune	Enbrel	Lazanda	Prolastin-C	Testosterona
Adagen	Epogen	Letairis	Prolia	Thalomid
Addcirca	Erivedge	Lidoderm	Promacta	Tracleer
Afinitor	Euflexxa	Lucentis	Protopic	Trelstar
Aldurazyme	Fabrazyme	Lumizyme	Provenge	Tretinoin (mayores de 35 años)
Amevive	Fanapt	Lupron	Pulmozyme	Tykerb
Anfetamina, sales (<4 o ≥18 años de edad)	Fareston	Lupron Depot	Quetiapine	Tysabri
Anfetamina, sales (<4 o ≥18 años de edad)	Pastillas de fentanyl citrate	Lupron Depot-Ped	Qutenza	Tyvaso
Ampyra	Fentora	Lysteda	Reclast	Vantas
Androgel	Firazyr	Makena	Relistor	Veletri
Aralast NP	Firmagon	Metilfenidato (<4 o ≥18 años de edad)	Remicade	Ventavis
Aranesp	Flolan/epoprostenol	Metilfenidato ER (<4 o ≥18 años de edad)	Remodulin	Viadur
Arcalyst	Forteo	Metilfenidato SR (<4 o ≥18 años de edad)	Revatio	Victrelis
Banzel	Galantamine/Galantamine ER	Modafnil	Revlimid	Vivitrol
Benlysta	Gammaked	Mozobil	Riutek	Votrient
Berinert	Gilenya	Myobloc	Risperdal Consta	VPRIV
Botox	Glassia	Myozyme	Rituxan	Xalkori
Buphenyl	Gleevec	Naglazyme	Rivastigmine	Xeloda
Buprenorphine	Gralise ER	Namenda	Samsca	Xenazine
Caprelsa	Horizant	Neulasta	Sandostain LAR Depot	Xeomin
Carbaglu	Humira	Neupogen	Savella	Xgeva
Cerezyme	Hycamtin	Nexavar	Serostim	Xifaxan
Cinryze	Incivek	Nilandron	Soliris	Xolair
Daliresp	Increlex	Norditropin	Somatuline Depot	Xyrem
Demser	Infergen	Nplate	Somavert	Zavesca
Dexmetilfenidato (<4 o ≥18 años de edad)	Inlyta	Nuedexta	Sprycel	Zelboraf
Dextroanfetamina (<4 o ≥18 años de edad)	Intron-A	Nulojix	Stelara	Zemaira
Dextroanfetamina (<4 o ≥18 años de edad)	Invega Sustenna	Nuvigil	Suboxone	Zoladex
Dextroanfetamina (<4 o ≥18 años de edad)	Iressa	Oforta	Sucraid	Zolinza
Dibenzyliline	Itraconazole	Onfi	Supprelin LA	Zorbtive
Donepezil	IVIG (intravenous immune globulin)	Onsolis	Sutent	Zortress
Dysport	Jakafi	Orencia	Sylatron	Zytiga
Egrifta	Kalbitor	Orfadin	Synarel	
	Kalydeco		Synvisc	

Límites de cantidad

El Comité de Farmacia y Terapéutica de UPMC *for Kids* ha establecido límites para las cantidades de ciertos medicamentos para fomentar su uso correcto. Los medicamentos que aparecen en el siguiente cuadro tienen límites de cantidad.

Clase de medicamento	Límites de cantidad
Medicamentos anticoagulantes	
Effient	30 comprimidos por mes
Enoxaparín, Fragmin y Fondaparínux	Suministro para 2 meses por año
Xarelto	10 mg: Suministro para 2 meses por año 15 mg y 20 mg: 30 comprimidos por mes
Medicamentos antiviricos	
fanciclovir	125 mg: 21 comprimidos por mes 250 mg: 70 comprimidos por mes 500 mg: 21 comprimidos por mes
Relenza	1 paquete de tratamiento por temporada
Synagis AP	1 frasco por mes Máximo de 5 dosis por temporada
Tamiflu	10 cápsulas por temporada 6 mg/mL por temporada 12 mg/mL suspensión: 50 mL por temporada
valacyclovir	500 mg: 42 comprimidos por mes 1000 mg: 21 comprimidos por mes
Asma	
montelukast TE	30 comprimidos por mes
Medicamentos estimulantes y para Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	
combo de sales de anfetamina AP	5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 20 mg: 3 comprimidos por día 15 mg, 30 mg: 2 comprimidos por día
amphetamine salts ER AP	5 mg, 10 mg, 15 mg: 30 cápsulas por mes 20 mg, 25 mg, 30 mg: 60 cápsulas por mes
dexmethylphenidate AP	2 comprimidos por día
dextroamphetamine AP	4 comprimidos por día
dextroamphetamine SA AP	5 mg: 1 comprimido por día 10 mg, 15 mg: 4 comprimidos por día
methylphenidate AP	2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg: 3 comprimidos por día Solución 5 mg/5 mL: 30 mL por día Solución 10 mg/5 mL: 15 mL por día
methylphenidate ER AP	18 mg, 27 mg, 54 mg: 30 comprimidos por mes 36 mg: 60 comprimidos por mes
methylphenidate SR AP	3 cápsulas por día
modafinilo	100 mg: 30 comprimidos por 30 días 200 mg: 60 comprimidos por 30 días
Nuvigil AP	30 comprimidos por 30 días

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento

Límites de cantidad

Strattera	10 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg: 30 comprimidos por mes 18 mg: 60 comprimidos por mes 25 mg: 90 comprimidos por mes
-----------	--

Broncodilatadores

Proair HFA	2 inhaladores por mes
Ventolin HFA	2 inhaladores por mes

Medicamentos anticonceptivos

Inyección de medroxyprogesterone	1 frasco/jeringa por 90 días
Nuvaring	1 anillo vaginal por 28 días
Comprimidos anticonceptivos orales	28 comprimidos por 28 días 91 comprimidos por 90 días para ciclo prolongado

Agentes para la fibrosis quística

Kalydeco AP	60 comprimidos por mes
-------------	------------------------

Agentes dermatológicos

Regranex	3 tubos por año
----------	-----------------

Medicamentos para la diabetes

Byetta	1 pluma por mes
Symlin TE	4 frascos/plumas por mes
Victoza	3 plumas por mes
Tiras reactivas	150 tiras reactivas por mes

Medicamentos para la fibromialgia

Savella AP	60 comprimidos por mes
------------	------------------------

Medicamentos gastrointestinales

Emend	40 mg: 1 comprimido por mes 80 mg: 4 comprimidos por mes 125 mg: 2 comprimidos por mes Tri-fold: 2 paquetes por mes 1 frasco por 30 días
lansoprazole	30 cápsulas por mes
omeprazole OTC	60 comprimidos por mes
ondansetron	4 mg, 8 mg: 90 comprimidos por mes 24 mg: 7 comprimidos por mes
pantoprazole	60 comprimidos por mes

Terapia de reemplazo de hormonas

estradiol, parches transdérmicos	4 parches por mes
----------------------------------	-------------------

Medicamentos biotecnológicos e inyectables

Actemra AP	800 mg (40 mL) por 28 días
Acthar gel AP	3 frascos por mes
Adcirca AP	60 comprimidos por mes
Amevive AP	2 tratamientos por año
Ampyra AP	60 comprimidos por mes

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento	Límites de cantidad
Apokyn	30 jeringas por mes
Arcalyst AP	4 frascos por mes
Botox AP	Cuatro frascos de 100 unidades por 84 días Dos frascos de 200 unidades por 84 días
Cayston	84 frascos por 56 días
Cinryze AP	16 frascos por mes
Dysport AP	Dos frascos por 84 días
Egrifta AP	60 frascos por 30 días
Eligard AP	Un paquete de tratamiento de 7,5 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 22,5 mg por 84 días Un paquete de tratamiento de 30 mg por 112 días Un paquete de tratamiento de 45 mg por 168 días
Enbrel AP	25 mg: 8 frascos por mes 50 mg: 4 frascos por mes
Firazyr AP	3 jeringas por 30 días
Firmagon AP	Dos frascos de 120 mg durante toda la vida Un frasco de 80 mg por 28 días
Forteo AP	1 pluma por 28 días Máximo de 2 años de tratamiento durante toda la vida
Gilenya AP	30 cápsulas por 30 días
Humira AP	2 jeringas por mes Crohn's Starter Pack: 1 paquete durante toda la vida Psoriasis Starter Pack: 1 paquete durante toda la vida
Incivek AP	180 comprimidos por mes
Infergen AP	30 frascos por mes
Kineret AP	30 jeringas por mes
Kortym AP	120 comprimidos por 30 días
Krystexxa AP	2 frascos por 28 días
Letairis AP	30 comprimidos por mes
Lupron AP	2 paquetes de tratamiento por 28 días
Lupron Depot AP	Un paquete de tratamiento de 3,75 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 7,5 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 11,25 mg por 84 días Un paquete de tratamiento de 22,5 mg por 84 días Un paquete de tratamiento de 30 mg por 112 días Un paquete de tratamiento de 45 mg por 168 días
Lupron Depot-Ped AP	Un paquete de tratamiento de 7,5 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 1 mes de 11,25 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 3 meses de 11,25 mg por 84 días Un paquete de tratamiento de 15 mg por 28 días Un paquete de tratamiento de 30 mg por 84 días
Lysteda AP	30 comprimidos por 28 días
Mozobil AP	8 frascos por 4 días

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento	Límites de cantidad
Myobloc AP	Cuatro frascos de 2500 unidades por 84 días Dos frascos de 5000 unidades por 84 días Un frasco de 10000 unidades por 84 días
Nuedexta AP	60 cápsulas por mes
Orencia AP	4 jeringas por mes
Peg-Intron AP	4 paquetes de tratamiento por mes
Prolia AP	2 frascos por 365 días
Promacta AP	30 comprimidos por mes
Provenge AP	1 tratamiento de por vida
Pulmozyme AP	30 ampollas por mes
Reclast AP	1 infusión por año
Revatio AP	90 comprimidos por mes
ribavirin	180 unidades por mes
Rituxan AP	1 tratamiento (dos dosis de 1000 mg administradas el día 1 y 15)
Samsca AP	15 mg: 30 comprimidos por mes 30 mg: 60 comprimidos por mes
Sandostatin LAR Depot AP	10 mg y 30 mg: 1 paquete de tratamiento por 28 días 20 mg: 2 paquetes de tratamiento por 28 días
Somatuline Depot AP	60 mg, 90 mg y 120 mg: 1 jeringa por 28 días
Somavert AP	15 mg: 60 frascos por 30 días
Stelara AP	1 frasco/jeringa por 12 semanas
Supprelin LA AP	1 implante por 365 días
Synarel AP	5 frascos por 30 días
TOBI	56 frascos por 56 días
Tracleer AP	60 comprimidos por mes
Trelstar AP	3,75 mg: 1 frasco cada 28 días 11,25 mg: 1 frasco cada 84 días 22,5 mg: 1 frasco cada 168 días
Tysabri AP	1 frasco por 28 días
Vantas AP	1 implante por 365 días
Victrelis AP	360 cápsulas por mes
Xenazine AP	12,5 mg: 90 comprimidos por mes 25 mg: 120 comprimidos por mes
Xeomin AP	Frasco de 50 U: 8 frascos por 84 días Frasco de 100 U: 4 frascos por 84 días
Xgeva AP	1 frasco por 28 días
Xolair AP	6 frascos por 28 días
Zoladex AP	Un implante de 3,6 mg por 28 días Un implante de 10,8 mg por 84 días

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento

Límites de cantidad

Medicamentos contra la migraña

sumatriptan	Inyección: 4 cajas por mes Aerosol nasal: 6 frascos por mes Comprimidos: 9 comprimidos por mes
Maxalt/Maxalt MLT TE	9 comprimidos por mes
naratriptan	9 comprimidos por mes

Limitaciones para renovación mensual de recetas

Benzodiazepines	2 renovaciones por mes
Analgésicos narcóticos	4 renovaciones por mes

Medicamentos inyectables para la esclerosis múltiple

Avonex	1 paquete (cada uno con 4 frascos) por mes
Copaxone	1 paquete con 30 jeringas por mes
Rebif	12 jeringas listas para usar por mes titration pack: 1 paquete durante toda la vida

Relajantes musculares

carisoprodol	120 comprimidos por año
--------------	-------------------------

Medicamentos para la narcolepsia

Xyrem AP	540 mL por mes
-----------------	----------------

Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (NSAID)

Celebrex TE	60 cápsulas por mes
ketorolac	Suministro para 5 días

Antibióticos de administración oral

azithromycin	250 mg: 10 comprimidos por mes 500 mg: 4 comprimidos por mes 600 mg: 8 comprimidos por mes Frasco de 2 g por 60 mL: 1 frasco por mes
ciprofloxacín ER	500 mg: 3 comprimidos por receta 1000 mg: 14 comprimidos por receta
Dificid TE	20 comprimidos por 10 días
Xifaxan AP	200 mg: 9 comprimidos por receta 550 mg: 60 comprimidos por 30 días
Zyvox	56 comprimidos por año

Fungicidas de administración oral

fluconazole	150 mg: 2 comprimidos por receta 50 mg, 100 mg, 200 mg: 10 comprimidos por mes
itraconazole AP	60 cápsulas por mes
terbinafine	90 comprimidos por año
voriconazole	Suministro para 100 días por año

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento

Límites de cantidad

Medicamentos oncológicos orales

Afinitor AP	30 comprimidos por 30 días
Caprelsa AP	100 mg: 60 comprimidos por 30 días 300 mg: por 30 días
Erivedge AP	30 comprimidos por 30 días
Gleevec AP	100 mg: 90 comprimidos por 30 días 400 mg: 60 comprimidos por 30 días
Inlyta AP	1 mg: 180 comprimidos por 30 días 5 mg: 120 comprimidos por 30 días
Iressa AP	30 comprimidos por 30 días
Jakafi AP	60 comprimidos por 30 días
Nexavar AP	120 comprimidos por 30 días
Revlimid AP	30 comprimidos por 30 días
Sprycel AP	30 comprimidos por 30 días
Sutent AP	12,5 mg: 90 cápsulas por 30 días 25 mg y 50 mg: 30 cápsulas por 30 días
Tarceva AP	100 mg y 150 mg: 30 comprimidos por 30 días
Tasigna AP	120 comprimidos por 30 días
Thalomid AP	150 mg y 200 mg: 60 comprimidos por 30 días
Tykerb AP	180 comprimidos por 30 días
Votrient AP	120 comprimidos por 30 días
Xalkori AP	60 cápsulas por 30 días
Zelboraf AP	240 comprimidos por 30 días
Zolinza AP	120 comprimidos por 30 días
Zytiga AP	120 comprimidos por 30 días

Inyecciones para osteoartritis de rodilla

Euflexxa AP	Tratamiento de 2 inyecciones por año en cada rodilla
Synvisc AP	Tratamiento de 2 inyecciones por año en cada rodilla

Analgésicos

Poli-fármacos con acetaminophen	4 gramos por día
Poli-fármacos con aspirín	4 gramos por día
Abstral AP	120 comprimidos por mes
Pastillas de fentanyl citrate AP	120 unidades por mes
fentanyl, parche transdérmico	100 mcg: 30 parches por mes 12 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg: 10 parches por mes
Fentora AP	120 comprimidos por mes
hydrocodone/ibuprofen	50 comprimidos por 10 días
Horizant AP	60 comprimidos por 30 días
Lazanda AP	15 frascos por 30 días

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento	Límites de cantidad
Lidoderm AP	3 parches por día
morphine sulfate sustained release	90 comprimidos por mes
Analgésicos narcóticos	Suministro para 30 días
Onsolis AP	120 unidades por mes
oxymorphone ER	60 comprimidos por mes
oxycodone/ibuprofen	28 comprimidos por mes
Qutenza AP	4 parches por 90 días
tramadol	240 comprimidos por mes
tramadol/acetaminophen	40 comprimidos por mes
Medicamentos psiquiátricos	
Abilify AP	1 comprimido por día Solución: 750 mL por 30 días
buprenorphine AP	2 mg: 60 comprimidos/tiras por 30 días 8 mg: 60 comprimidos/tiras por 30 días
citalopram	10 mg y 20 mg: 45 comprimidos por 30 días 40 mg: 30 comprimidos por 30 días
escitalopram TE	10 mg: 1,5 comprimidos por día 5 mg, 20 mg: 1 comprimido por día Solución : 20 mL por día
Fanapt AP	2 comprimidos por día Titration pack: 1 paquete por año
Fazaclo ODT TE	12,5 mg: 1 comprimido por día 25 mg: 3 comprimidos por día 100 mg: 9 comprimidos por día 150 mg: 6 comprimidos por día 200 mg: 4 comprimidos por día
Invega Sustenna AP	1 jeringa/paquete de tratamiento por 28 días
lamotrigine	100 mg, 200 mg: 2 comprimidos por día 5 mg, 25 mg, 150 mg: 3 comprimidos por día 1 un paquete de tratamiento de inicio durante toda la vida
olanzapina	15 mg, 20 mg: 2 comprimidos por día 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg: 1 comprimido por día
olanzapina-fluoxetina TE	1 cápsula por día
paroxetine CR	1 comprimido por día
quetiapina AP	3 comprimidos por día
Risperdal Consta AP	2 paquetes de tratamiento por 28 días
risperidone	2 comprimidos por día
Suboxone AP	2/0,5 mg: comprimidos/tiras por 30 días 8/2 mg: 60 comprimidos/tiras por 30 días
venlafaxine XR	150 mg: 2 cápsulas por día 37,5 mg: 1 cápsula por día 75 mg: 3 cápsulas por día
ziprasidona	2 cápsulas por día

AP = Autorización previa

TE = Tratamiento escalonado

Clase de medicamento

Límites de cantidad

Anticonvulsivos

Levetiracetam ER	500 mg: 180 comprimidos por 30 días 750 mg: 120 comprimidos por 30 días
Lyrice AP	25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg: 90 cápsulas por mes 225 mg, 300 mg: 60 cápsulas por mes
topiramate	3 comprimidos por día

Tratamientos para dejar de fumar

buproban	12 semanas
chicle de nicotina	12 semanas
pastillas de nicotina	12 semanas
parches de nicotina	12 semanas
Nicotrol, inhalador	24 semanas
Nicotrol, aerosol nasal	12 semanas
Los productos para dejar de fumar se limitarán a dos intentos de dejar de fumar por período de 365 días	

Lista de medicamentos con receta de UPMC for Kids

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
abacavir	
ABILIFY	AP (2 mg, 5 mg), TE (menores de 12 años), LC
ABSTRAL	AP, LC, LC (renovaciones por mes)
acarbose	
acebutolol	
acetazolamide	
acetic acid	
acetic acid/aluminum acetate	
acetylcysteine	
ACTEMRA	AP, LC, ME
ACTHAR GEL	AP, LC, ME
ACTIMMUNE	AP, ME
acyclovir	
ADAGEN	AP, ME
ADCIRCA	AP, LC, ME
ADVAIR	
AFINITOR	AP, LC, ME
albuterol	
ALDURAZYME	AP, ME
alendronate	
ALIMTA	ME
ALKERAN	
allopurinol	
ALOMIDE	
alprazolam	LC (renovaciones por mes)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
altavera	
amantadine	
amcinonide	
amethia	
amethia lo	
amethyst	
AMEVIVE	AP, LC, ME
amiloride	
amiloride/hydrochlorothiazide	
solución de aminoácidos al 15%	
amiodarone	
amitriptyline	
amlodipine	
amlodipine/benazepril	
amnesteam	
amoxicillin	
amoxicillin/clavulanate	
amphetamine salts	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
amphetamine salts ER	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
ampicillin	
AMPYRA	AP, LC, ME
anagrelide	
anastrozole	
ANDROGEL	AP
APOKYN	LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
apri	
APTIVUS	
ARALAST NP	AP, ME
aranelle	
ARANESP	AP, ME
ARCALYST	AP, LC, ME
ASACOL	
ASACOL HD	
ASMANEX	
aspirin	
atenolol	
atenolol/chlorthalidone	
atorvastatina	
ATRAPRO HYDROGEL	
ATRIPLA	
atropine sulfate	
AVANDAMET	
AVANDARYL	
AVANDIA	TE
aviane	
AVODART	
AVONEX	LC, ME
azathioprine	
azelastine	
azithromycin	LC
bacitracin	
baclofen	
balsalazide	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
BANZEL	AP
BARACLUDE	ME
PRODUCTOS BAYER PARA MEDIR EL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE (Ascensia)	LQ en tiras reactivas
benazepril	
benazepril/ hydrochlorothiazide	
BENLYSTA	AP, ME
benzocaine/antipyrine	
benzonatate	
benzoyl peroxide (SOLAMENTE gel, loción limpiadora y loción)	
benztropine	
BERINERT	AP, ME
betamethasone	
betaxolol	
BETOPTIC S	
bicalutamide	
bisoprolol	
bisoprolol/ hydrochlorothiazide	
BOTOX	AP, LC, ME
bromocriptine	
brompheniramine/ pseudoephedrine	
budeprion XL	
budesonide EC	
budesonide RESPULES	
bumetanide	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
BUPHENYL	AP, ME
buprenorphine	AP, LC
buproban	LC
bupropion	
bupropion SR	
budeprion XL	
butalbital/acetaminophen	LC
butalbital/acetaminophen/ caffeine	LC
butalbital/aspirin/caffeine	LC
BYETTA	LC
calcipotriene	
calcitriol	
calcium acetate	
camila	
camrese	
CANASA	
CAPRELSA	AP, LC, ME
captopril	
captopril/hydrochlorothiazide	
CARBAGLU	AP, ME
carbamazepine	
carbamazepine ER	
carbamide peroxide	
carbidopa/levodopa	
carbidopa/levodopa/ entacapone	
carisoprodol	LC

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
carteolol	
carvedilol	
CAYSTON	LC, ME
cefaclor	
cefadroxil	
cefdinir	
cefepodoxime	
cefuroxime	
CELEBREX	TE, LC
cephalexin	
CEREZYME	AP, ME
cetirizine OTC	
chlorhexidine	
chloroquine	
chlorpheniramine/ pseudoephedrine	
chlorpromazine	TE (menores de 12 años)
chlorthalidone	
chlorzoxazone	
cholestyramine	
choline magnesium trisalicylate	
cilostazol	
cimetidine	
CINRYZE	AP, LC, ME
ciprofloxacin	
ciprofloxacin ER	LC
citalopram	LC

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
claravis	
clarithromycin	
clindamycin	
clobetasol	
clomipramine	
clonazepam	LC (renovaciones por mes)
clonidine	
clopidogrel	
clotrimazole	
clotrimazole/betamethasone	
clozapine	TE (menores de 12 años)
codeine	LC (renovaciones por mes)
codeine/acetaminophen	LC, LC (renovaciones por mes)
COLCRYS	
colestipol	
COMBIVENT	
COMBIVENT RESPIMAT	
COMBIVIR	
COMPLERA	
COMTAN	
COPAXONE	LC, ME
cortisone acetate	
CREON	
CRIVIVAN	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
cromolyn	
cryselle	
CUPRIMINE	
cyanocobalamin	
cyclobenzaprine	
ciclopentolato	
cyclophosphamide	
cyclosporine	
CYKLOKAPRON	
DALIRESP	AP
danazol	
dantrolene	
DAPSONE	
DEMSEK	AP, ME
DENAVIR	
desipramine	
desmopressin	
desonide	
desoximetasone	
dexamethasone	
dexmethylphenidate	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
dextroamphetamine	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
dextroamphetamine SA	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
diazepam	LC (renovaciones por mes)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
diazepam rectal	
Dibenzyline	AP, ME
diclofenac	
dicloxacillin	
dicyclomine	
DIFICID	TE, LC
diflorasone	
digoxin	
dihydroergotamine	
diltiazem	
DIOVAN	TE
diphenhydramine	
diphenoxylate/atropine	
dipyridamole	
disopyramide	
disulfiram	
DIURIL	
divalproex	
divalproex DR	
divalproex ER	
donepezil	AP
dorzolamide	
dorzolamide/timolol	
doxazosin	
doxepin	
doxycycline	
DUETACT	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
DULERA	
dyphylline-gg	
DYSPORT	AP, LC, ME
econazole	
EDURANT	
EFFIENT	LC
EGRIFTA	AP, LC, ME
ELAPRASE	AP, ME
ELIDEL	AP
ELIGARD	AP, LC, ME
EMCYT	AP, ME
EMEND	LC
emoquette	
EMTRIVA	
enalapril	
enalapril/hydrochlorothiazide	
ENBREL	AP, LC, ME
enoxaparin	LC
enpresse	
epinastine	
epinephrine	
eplerenone	
EPOGEN	AP, ME
epoprostenol	AP, ME
EPZICOM	
ergocalciferol	
ergotamine	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
ERIVEDGE	AP, LC, ME
erythromycin	
escitalopram	TE, LC
estradiol	
estradiol transdermal	LC
estradiol/norethindrone	
estropiate	
ethambutol	
ethosuximide	
etodolac	
etoposide	
EUFLEXXA	AP, LC, ME
EURAX	
EVISTA	
exemestane	
FABRAZYME	AP, ME
famciclovir	LC
famotidine	
FANAPT	AP, LC
FARESTON	AP, ME
FAZACLO ODT	TE, TE (<12 años de edad), LC
felbamato	
fenofibrate	
fenoprofen	
Pastillas de fentanyl citrate	AP, LC, LC (renovaciones por mes)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
fentanyl, parche	LC, LC (renovaciones por mes)
FENTORA	AP, LC, LC (renovaciones por mes)
flexofenadine OTC	
finasteride	
FIRAZYR	AP, LC, ME
FIRMAGON	AP, LC, ME
FLOLAN	AP, ME
FLOVENT	
fluconazole	LC
flucitosina	
fludrocortisone	
flunisolide	
fluocinolone	
fluocinonide	
fluorometholone	
fluorouracil	
fluoxetine	
fluphenazine	TE (menores de 12 años)
flurazepam	LC (renovaciones por mes)
flutamide	
fluticasone	
flvoxamine	
folic acid	
fondaparinux	LC

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
FORTEO	AP, LC, ME
fosinopril	
fosinopril/ hydrochlorothiazide	
FRAGMIN	LC
furosemide	
FUZEON	
gabapentin	
GABITRIL	
GABLOFEN	
galantamine	AP
galantamine er	AP
GALZIN	
GAMMAKED	AP, ME
ganciclovir	
gemfibrozil	
gentamicin	
gianvi	
GILENYA	AP, LC, ME
GLASSIA	AP, ME
GLEEVEC	AP, LC, ME
glimepiride	
glipizide	
glipizide ER	
GLUCAGON	
glyburide	
glycopyrrolate	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
GRALISE ER	AP
griseofulvin	
guaifenisin/codeine	LC (renovaciones por mes)
guaifensin/ dextromethorphan	
guanabenz	
guanfacine	
haloperidol	TE (menores de 12 años)
heather	
HORIZANT	AP, LC
HUMALOG	
HUMIRA	AP, LC, ME
HUMULIN	
HYCAMTIN	AP, ME
hydalazine	
hydrochlorothiazide	
hydrocodone/ acetaminophen	LC, LC (renovaciones por mes)
hydrocodone/homatropine	LC (renovaciones por mes)
hydrocodone/ibuprofen	LC, LC (renovaciones por mes)
hydrocortisone	
hydroxychloroquine	
hydroxyurea	
hydroxyzine	
hylira	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
HYPER-SAL	
ibuprofen	
imipenem-cilastatina	
imipramine	
INCIVEK	AP, LC, ME
INCRELEX	AP, ME
indapamide	
indomethacin	
INFERGEN	AP, LC, ME
INLYTA	AP, LC, ME
INTELENCE	
INTRON-A	AP, ME
introvale	
INVEGA SUSTENNA	AP, LC, ME
INVIRASE	
IOPIDINE	
ipratropium	
IRESSA	AP, LC
ISENTRESS	
isoniazid	
ISOPTO HYOSCINE	
isosorbide dinitrate	
isosorbide mononitrate	
isradipine	
itraconazole	AP, LC
IVG (intravenous immune globulin)	AP, ME

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
JAKAFI	AP, LC, ME
JANUMET	
JANUMET XR	
JANUVIA	TE
JENTADUETO	
JEVANTIQUE	
jolessa	
jolivetle	
junel	
junel FE	
JUVISYNC	TE
KALBITOR	AP, ME
KALETRA	
KALYDECO	AP, LC, ME
kariva	
ketoconazole	
ketoprofen	
ketorolac	LC
ketorolac tromethamine	
ketotifen	
KINERET	AP, LC, ME
KORLYM	AP, LC, ME
K-PHOS	
KRYSTEXXA	AP, LC, ME
KUVAN	AP, ME
labetalol	
lactulose	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
lamivudina	
lamivudina-zidovudina	
lamotrigine	LC
lansoprazole	LC
LANTUS	
latanoprost	
LAZANDA	AP, LC
leena	
leflunomide	
lessina	
LETAIRIS	AP, LC, ME
letrozole	
LEUKERAN	
levetiracetam	
levetiracetam ER	LC
levobunolol	
levofloxacin	
levora	
levothyroxine	
LEXIVA	
lidocaine	
lidocaine/prilocaine	
LIDODERM	AP, LC
PRODUCTOS LIFESCAN PARA MEDIR EL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE (One Touch)	LQ en tiras reactivas
liothyronine	
lisinopril	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
lisinopril/hydrochlorothiazide	
lithium carbonate	
loperamide	
loratadine OTC	
loratadine/pseudoephedrine OTC	
lorazepam	LC (renovaciones por mes)
loryna	
losartan	
losartan-hidroclorotiazida	
lovastatin	
low-ogestrel	
loxapine	TE (menores de 12 años)
LUCENTIS	AP, ME
LUMIZYME	AP, ME
LUPRON	AP, LC, ME
LUPRON DEPOT	AP, LC, ME
LUPRON DEPOT-PED	AP, LC, ME
LYRICA	AP, LC
LYSTEDA	AP, LC
MAKENA	AP, ME
malathion	
marlissa	
MATULANE	ME
MAXALT	TE, LC
MAXALT MLT	TE, LC
mecizine	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa
 TE = Requiere tratamiento escalonado
 Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad
 ME = Medicamento especializado
 Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
medroxyprogesterone	
Inyección de medroxyprogesterone	LC
mefloquine	
megestrol acetate	
meloxicam	
meperidine	LC (renovaciones por mes)
MEPHYTON	
MEPRON	
mercaptopurine	
mesalamine	
metformin	
metformin ER	
methadone	
methazolamide	
methenamine	
methimazole	
methocarbamol	
methotrexate	
methyl dopa	
methylergonovine	
methylphenidate	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
methylphenidate ER	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC
methylphenidate SR	AP (<4 o ≥18 años de edad), LC

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
methylprednisolone	
metoclopramide	
metolazone	
metoprolol	
metronidazole	
mexiletine	
miconazole	
midodrine	
minocycline	
minoxidil	
mirtazapine	
misoprostol	
modafinilo	AP, LC
mometasone	
mononessa	
montelukast	TE, LC
morphine sulfate	LC (renovaciones por mes)
morphine sulfate sustained release	LC, LC (renovaciones por mes)
MOZOBIL	AP, LC, ME
MULTAQ	
multivitamin/fluoride/iron	
mupirocin	
mycophenolate	
MYOBLOC	AP, LC, ME
MYOZYME	AP, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
nadolol	
NAGLAZYME	AP, ME
naltrexone	
NAMENDA	AP
naproxen	
naratriptan	LC
nateglinide	
NEBUSAL	
necon	
nefazodone	
neomycin sulfate	
neomycin/polymixin b/ bacitracin	
neomycin/polymixin B/ hydrocortisone	
NEULASTA	AP, ME
NEUPOGEN	AP, ME
nevirapina	
NEXAVAR	AP, LC, ME
niacin	
chicle, pastillas, parches de nicotine	LC
NICOTROL, inhalador	LC
NICOTROL, aerosol nasal	LC
nifedipine	
NILANDRON	AP, ME
nimodipine	
nisoldipine	
nitrofurantoin, macrocristales	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC for Kids

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
nitroglycerin	
nizatidine	
NIZORAL A-D	
nora-BE	
NORDITROPIN	AP, ME
norethindrone	
nortriptyline	
NORVIR	
NPLATE	AP, ME
NUEDEXTA	AP, LC, ME
NULOJIX	AP, ME
NUVARING	LC
NUVIGIL	AP, LC
nystatin	
nystatin/tríamcinolone	
ocella	
ofloxacin	
OFORTA	AP, ME
olanzapina	TE (< 12 años de edad), LC
olanzapina-fluoxetina	TE, LC
omeprazole OTC	LC
ondansetron	LC
ONFI	AP
ONSOLIS	AP, LC, LC (renovaciones por mes)
ORAP	TE (menores de 12 años)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
ORENCIA	AP, LC, ME
ORFADIN	AP, ME
oxazepam	LC (renovaciones por mes)
OXSORALEN	
oxybutynin	
oxybutynin ER	
oxycodone	LC (renovaciones por mes)
oxycodone/acetaminophen	LC, LC (renovaciones por mes)
oxycodone/aspirin	LC, LC (renovaciones por mes)
oxycodone/ibuprofen	LC, LC (renovaciones por mes)
oxymetazoline	
oxymorphone	LC (renovaciones por mes)
oxymorphone ER	LC, LC (renovaciones por mes)
pantoprazole	LC
paromomycin	
paroxetine	
paroxetine CR	LC
peg 3350/electrolytes	
peg 3350/sodium bicarbonate/sodium chloride/potassium chloride	
PEG-INTRON	AP, LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
penicillin VK	
pentoxifylline	
permethrin	
perphenazine	TE (menores de 12 años)
phenazopyridine	
phenobarbital	
phenylephrine	
phenytoin	
phillith	
pilocarpine	
pindolol	
pioglitazone	TE
pioglitazone/metformina	
piroxicam	
podofilox	
polymixin B/bacitracin	
portia	
potassium bicarbonate/citrate	
potassium chloride	
potassium citrate	
POTIGA	AP, LC
PRADAXA	
pramipexole	
pramox	
pravastatin	
prazosin	
prednisolone	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC for Kids

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
prednisone	
PREMARIN	
PREMARIN, CREMA	
PREMPHASE	
PREMPRO	
PREZISTA	
primaquine	
primidone	
PROAIR HFA	LC
probenecid	
procainamide	
prochlorperazine	
PROCRIT	AP, ME
progesterona	
PROLASTIN	AP, ME
PROLASTIN-C	AP, ME
PROLIA	AP, LC, ME
PROMACTA	AP, LC, ME
promethazine	
promethazine/codeine	LC (renovaciones por mes)
propafenone	
propranolol	
propranolol/hydrochlorothiazide	
propylthiouracil	
PROTOPIC	AP
PROVENGE	AP, LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
PULMOZYME	AP, LC, ME
pyrazinamide	
pyrethrins/piperonyl butoxide	
pyridostigmine	
quasense	
quetiapina	AP, TE (<12 años de edad), LC
quinapril	
quinapril/hydrochlorothiazide	
quinidine	
QUTENZA	AP, LC, ME
QVAR	
ramipril	
RANEXA	
ranitidine	
RAPAMUNE	AP
REBIF	LC, ME
RECLAST	AP, LC, ME
REGRANEX	LC
RELENZA	LC
RELISTOR	AP, ME
REMICADE	AP, ME
REMODULIN	AP, ME
RENAGEL	
REVELA	
RESCRIPTOR	
REVATIO	AP, LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
REVLIMID	AP, LC, ME
REYATAZ	
ribavirin	LC, ME
RIDAURA	
rifampin	
RILUTEK	AP, ME
rimantadine	
RISPERDAL CONSTA	AP, LC, ME
risperidone	TE (< 12 años de edad), LC
RITUXAN	AP, LC, ME
rivastigmine	AP
ropinirole	
salsalate	
SAMSCA	AP, LC, ME
SANDOSTATIN LAR DEPOT	AP, LC, ME
SANTYL	
SAVELLA	AP, LC
selegiline	
selenium sulfide	
SELZENTRY	
SEREVENT DISKUS	
SEROSTIM	AP, ME
sertraline	
silver sulfadiazine	
simvastatin	
SOD SULFACET-SULFULR 10-5%	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC *for Kids*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
sodium fluoride	
sodium polystyrene sulfonate	
SOLIRIS	AP, ME
SOMATULINE DEPOT	AP, LC, ME
SOMAVERT	AP, LC, ME
SORIATANE CK	ME
sotalol	
SPIRIVA	
spironolactone	
spironolactone/ hydrochlorothiazide	
sprintec	
SPRYCEL	AP, LC, ME
stavudine	
STELARA	AP, LC, ME
STRATTERA	LC
SUBOXONE	AP, LC
SUCRAID	AP, ME
sucralfate	
sulfacetamide	
loción de sulfacetamida sódica al 10-5%	
sulfamethoxazole/ trimethoprim	
sulfasalazine	
sulfisoxazole	
sulindac	
sumatriptan	LC
SUPPRELIN LA	AP, LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
SUSTIVA	
SUTENT	AP, LC, ME
syeda	
SYLATRON	AP, ME
SYMBICORT	
SYMLIN	TE, LC
SYNAGIS	AP, LC, ME
SYNAREL	AP, LC, ME
SYNVISC	AP, LC, ME
tacrolimus	
TAMIFLU	LC
tamoxifen	
tamsulosin	
TARCEVA	AP, LC, ME
TARGRETIN	AP, ME
TASIGNA	AP, LC, ME
temazepam	LC (renovaciones por mes)
TEMODAR	AP, ME
terazosin	
terbinafine	LC
terbutaline	
terconazole	
inyección de testosterona	AP
tetracycline	
THALOMID	AP, LC, ME
theophylline	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
thioguanine	
thioridazine	TE (menores de 12 años)
thiothixene	TE (menores de 12 años)
thyroid	
THYROLAR	
ticlopidine	
timolol	
tinidazole	
tizanidine	
TOBI	LC, ME
tobramycin	
tolnaftate	
tolterodina	
topiramate	LC
torsemide	
TRACLEER	AP, LC, ME
TRADJENTA	TE
tramadol	LC
tramadol/acetaminophen	LC
trandolapril	
ácido tranexámico	
trazodone	
TRELSTAR	AP, LC, ME
tretinoin	AP (mayores de 35 años)
trezix	
triamcinolone	

continúa

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos con receta de UPMC for Kids

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
triamterene/ hydrochlorothiazide	
triazolam	LC (renovaciones por mes)
trifluoperazine	TE (menores de 12 años)
trifluridine	
trihexyphenidyl	
trimethoprim	
maleato de trimipramina	
trinessa	
tri-previtm	
tri-sprintec	
trivora	
TRIZIVIR	
tropium	
TRUVADA	
trypsin/balsalm/castor oil	
TYKERB	AP, LC, ME
TYSABRI	AP, LC, ME
TYVASO	AP, ME
ursodiol	
valacyclovir	LC
VALCYTE	
valproic acid	
valsartán/hidroclorotiazida	TE
vancomicina	
VANTAS	AP, LC, ME
VELETRI	AP, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
velivet	
venlafaxine	
venlafaxine ER cápsula	LC
VENTAVIS	AP, ME
VENTOLIN HFA	LC
verapamil	
vestura	
VIADUR	AP, ME
VICTOZA	LC
VICTRELIS	AP, LC, ME
VIDEX	
VIRACEPT	
VIRAMUNE XR	
VIREAD	
vitamin A,D,C/fluoride/iron	
vitamin B complex,C/ folic acid	
VIVITROL	AP, ME
voriconazole	LC
VOTRIENT	AP, LC, ME
VPRIV	AP, ME
warfarin	
XALKORI	AP, LC, ME
XARELTO	LC
XELODA	AP, ME
XENAZINE	AP, LC, ME
XEOMIN	AP, LC, ME
XGEVA	AP, LC, ME

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CÓDIGO
XIFAXAN	AP, LC
XOLAIR	AP, LC, ME
XYREM	AP, LC, ME
zaleplon	
zarah	
ZAVESCA	AP, ME
ZELBORAF	AP, LC, ME
ZEMAIRA	AP, ME
ZETIA	
zidovudine	
ziprasidona	TE (< 12 años de edad), LC
ZOLADEX	AP, LC, ME
ZOLINZA	AP, LC, ME
zolpidem	
ZOMETA	
zonisamida	
ZORBTIVE	AP, ME
ZORTRESS	AP
zovia	
ZYTIGA	AP, LC, ME
ZYVOX	LC

REFERENCIA

AP = Requiere autorización previa

TE = Requiere tratamiento escalonado

Letra mayúscula = Medicamento de marca

LC = Límites de cantidad

ME = Medicamento especializado

Letra minúscula = Versión genérica

Lista de medicamentos de venta libre de UPMC for Kids

Categoría	Genéricos	Ejemplo de medicamento de marca
Acné	benzoyl peroxide	Panoxyl
Analgésicos	acetaminophen y combinaciones	Tylenol, Feverall, Q-Pap, Little Fevers
	aspirin y combinaciones	Bayer, Ecotrin
	ibuprofen y combinaciones	Advil, Motrin
	naproxen	Aleve
Anestésicos	benzocaine	Orajel, Anbesol
	dibucaine	Nupercainal
Antiácidos	aluminum hydroxide	Alternagel, Alu-cap, Alu-tab
	aluminum/magnesium	Mylanta, Maalox Advanced, Gaviscon
	calcium carbonate	Tums, Maalox
	calcium carbonate/magnesium hydroxide	Mylanta Supreme, Rolaids
	cimetidine	Tagamet
	famotidine	Pepcid
	ranitidine	Zantac
	nizatidine	Axid
	omeprazole OTC	Prilosec OTC
	lansoprazole	Prevacid 24 horas
Antibacterianos	bacitracin	
	antibiótico triple	Neosporin
	providone-iodine	Betadine
Antidiarréicos	bismuth subsalicylate	Kaopectate, Pepto-Bismol
	loperamide	Imodium A-D
Antiflatulentos	simethicone	Gas-X, Phazyme, Mylicon
Antihistamínicos	chlorpheniramine	Chlor-trimeton, Aller-chlor
	diphenhydramine	Benadryl
	loratadine	Claritin, Alavert
	cetirizine	Zyrtec
	fexofenadine	Allegra
	ketotifen	Zaditor
Antiinflamatorios	hydrocortisone	Cortaid, Cortizone-10
Antieméticos	bismuth subsalicylate	Kaopectate, Pepto-Bismol
	dimenhydrinate	Dramamine, Draminate
	meclizine	Dramamine Less Drowsy, Bonine
	sugar/orthophosphoric acid	Emetrol

Lista de medicamentos de venta libre de UPMC for Kids

Categoría	Genéricos	Ejemplo de medicamento de marca
Agentes del colesterol	niacin	Slo-Niacin
Preparados para la tos/resfriós	guaifenesin	Mucinex
	guaifenesin/dextromethorphan	Robitussin DM, Mucinex-D
Descongestionantes	pseudoephedrine	Sudafed
	phenylephrine	Sudafed-PE
Combinaciones de descongestionantes/antihistamínicos	loratadine/pseudoephedrine	Claritin-D, Alavert-D
	cetirizine/pseudoephedrine	Zyrtec-D
Baños dermatológicos	colloidal oatmeal	Aveeno
Diabetes	monitores del nivel de azúcar en la sangre	Monitores One Touch, Ascensia
	tiras reactivas	One Touch, Ascensia
	lancetas	Lancetas One Touch UltraSoft, lancetas Ascensia Microlet
	comprimidos de glucosa	
	insulin	Humulin R, Humulin N, Humulin 70/30
	jeringas de insulin	BD, jeringas
	hisopos mojados en alcohol	BD, hisopos mojados en alcohol
Fungicidas	clotrimazole	Lotrimin AF
	miconazole	Micatin, Zeasorb-AF
	tolnaftate	Tinactin, Ting
	terbinafine	Lamisil-AT
	salicylic acid	Duofilm, Compound W
Laxantes/ablandadores de heces	magnesium hydroxide	Milk of Magnesia
	bisacodyl	Dulcolax
	docusate y combinaciones	Colace, DocuSoft, Peri-colace
	enemas	Fleets
	psyllium	Metamucil, Fiberall
	polyethylene glycol	Miralax, Dulcolax Balance
	senna	Senokot, Ex-lax
Preparados nasales	oxymetazoline	Afrin, Neo-Synephrine 12 horas
	saline	Ocean, aerosol nasal, Ayr, Simply Saline
	phenylephrine	Neo-Synephrine, Vick's Sinex

Lista de medicamentos de venta libre de UPMC for Kids

Categoría	Genéricos	Ejemplo de medicamento de marca
Ginecología y Obstetricia	clotrimazole	Gyne-Lotrimin-3, Gyne Lotrimin-7
	miconazole	Monistat
	tioconazole	Vagistat-1
	preservativos (condones) masculinos	Trojan, Durex
	preservativos (condones) femeninos	Trojan, FC
	dispositivos anticonceptivos	Esponja vaginal, diafragmas Today (Ortho, Koro-Flex, Koromex Coil, Wide Seal), capuchones
	espuma anticonceptiva	Delfen
Preparados oftalmológicos	derivados de cellulose	Refresh, GenTeal, Systane
	polyvinyl alcohol	Hypotears
	sodium chloride	Muro-128
Preparados rectales	hydrocortisone	Preparation H, Anusol
	zinc oxide	Desitin, Balmex
Escabicidas/pediculicidas	permethrin	Nix, Rid Spray
	piperonyl butoxide	Pronto, Rid Shampoo
Tratamientos para dejar de fumar	chicle de nicotine	Nicorette
	pastillas de nicotine	Commit
	parches de nicotine	Nicoderm CQ
Vitaminas y minerales	vitaminas (por ejemplo, B-complex, cyanocobalamin, thiamine)	
	calcium y combinaciones	Oscal, Oscal-D, Caltrate, Citracal
	folic acid	
	suplementos de iron	Fer-in-sol, Feosol, Slow FE
	complejos multivitamínicos	Centrum, One-A-Day, Poly-Vi-Sol
	vitaminas prenatales	Prenavite, Stuartnatal
	niacin	Slo-niacin
	solución de electrolyte	Pedialyte
Compresas húmedas	aluminum/calcium acetate	Domeboro

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

Vea a continuación una lista de los medicamentos que se recetan con más frecuencia a los miembros de UPMC *for Kids*. Busque en la lista el nombre de las versiones genéricas de los medicamentos de marca.

De marca	Genéricos
Accolate	zafirlukast
Accupril	quinapril
Accuretic	quinapril/HCTZ
Accutane	claravis, amnesteem
Actiq	fentanilo citrato
Actos	pioglitazone
Adderall/Adderall XR	amphetamine salt combo
Aldactone	spironolactone
Allegra	fexofenadine
Altace	ramipril
Amaryl	glimepiride
Ambien	zolpidem tartrato
Amerge	naratriptan
Amoxil	amoxicillin
Antivert	meclizine
Arava	leflunomide
Aricept	donepezil
Arixtra	fondaparinux
Aromasin	exemestane
Astelin	azelastine
Atarax	hydroxyzine
Ativan	lorazepam
Augmentin	amoxicillin/clavulanate
Bactrim	sulfamethoxazole/trimethoprim
Bactroban	mupirocin
Benadryl	diphenhydramine
Bentyl	dicyclomine
Betapace	sotalol
Biaxin	clarithromycin
Calan	verapamil
Capoten	captopril
Carafate	sucralfate

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Cardizem	diltiazem
Cardura	doxazosin
Casodex	bicalutamide
Catapres	clonidine
Ceftin	cefuroxime
Celexa	citalopram
Cellcept	mycophenolate mofetil
Cipro	ciprofloxacin
Claritin OTC	loratadine
Claritin-D	loratadine/pseudoephedrine
Cleocin	clindamycin phosphate
Clinoril	sulindac
Catapres	clonidine
Clozaril	clozapine
Colestid	colestipol
Compazine	prochlorperazine
Concerta	methylphenidate ER
Cordarone	amiodarone
Coreg	carvedilol
Cosopt	dorzolamide/timolol
Coumadin	warfarin
Cozaar	losartan
Deltasone	prednisone
Depakote DR/Depakote ER	divalproex sodium
Desyrel	trazodone
Detrol	tolterodina
Dexedrine	dextroamphetamine sulfate
Diabeta	glyburide
Diflucan	fluconazole
Diovan HCT	valsartán/HCTZ
Diprolene	betamethasone dipropionate
Ditropan	oxybutynin
Ditropan XL	oxybutynin ER
Duragesic	fentanyl, parche
Duricef	cefadroxil

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Effexor	venlafaxine
Effexor XR	venlafaxine ER
Elavil	amitriptyline
Elocon	mometasone furoate
Epivir	lamivudina
Ery-tab	erythromycin
Eskalith	lithium carbonate
Felbatol	felbamato
Feldene	piroxicam
Femara	letrozole
Flagyl	metronidazole
Flexeril	cyclobenzaprine
Flomax	tamsulosin
Flonase	fluticasone propionate
Focalin	dexmethylphenidate
Fortamet	metformin
Fosamax	alendronate
Geodon	ziprasidona
Glucophage	metformin
Glucotrol	glipizide
Halcion	triazolam
Haldol	haloperidol
Hytone	hydrocortisone
Hytrin	terazosin
Hyzaar	losartan/HCTZ
Imdur	isosorbide mononitrate
Imitrex	sumatriptan
Imuran	azathioprine
Inderal	propranolol
Indocin	indomethacin
Keflex	cephalexin
Kenalog	triamcinolone acetonide
Keppra	levetiracetam
Klonopin	clonazepam

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Lamictal	lamotrigine
Lamisil	terbinafine
Lanoxin	digoxin
Lasix	furosemide
Levaquin	levofloxacin
Levsin	hyoscyamine
Lexapro	escitalopram
Lipitor	atorvastatina
Lodine	etodolac
Lofibra	fenofibrate
Lomotil	diphenoxylate/atropine
Lopid	gemfibrozil
Loseasonique	amethia lo, camrese lo
Lotensin	benazepril
Lotensin HCT	benazepril/HCTZ
Lotrel	amlodipine/benazepril
Lovenox	enoxaparin
Lybrel	amethyst
Macrodantin	nitrofurantoin, macrocristales
Metadato CD	methylphenidate ER
Mevacor	lovastatin
Minipress	prazosin
Minocin	minocycline
Mirapex	pramipexole
Mobic	meloxicam
Motrin	ibuprofen
MS Contin	morphine sulfate ER
Naprosyn	naproxen
Neurontin	gabapentin
Nicoderm	parches de nicotine
Nicorette	chicle de nicotine
Nizoral	ketoconazole
Nolvadex	tamoxifen
Nordette	portia, altavera, levora, marlissa

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Norvasc	amlodipine besilato
Omnicef	cefdinir
Opana	oxymorphone
Ortho-Cept	apri, emoquette
Ortho Tri-Cyclen	tri-sprintec, trinessa
Ortho-Cyclen	sprintec, mononessa
Oxy IR	oxycodone
Pamelor	nortriptyline
Paxil	paroxetine
Pepcid	famotidine
Percocet	oxycodone/acetaminophen
Peridex	chlorhexidine gluconate
Plaquenil	hydroxychloroquine
Plavix	clopidogrel
Pravachol	pravastatin
Precose	acarbose
Prevacid	lansoprazole
Prilosec OTC	omeprazole OTC
Principen	ampicillin
Primaxin	imipenem - cilastatina
Prinivil	lisinopril
Prinzide	lisinopril/HCTZ
Procardia	nifedipine
Prograf	tacrolimus
Prometrium	progesterona
Proscar	finasteride
Protonix	pantoprazole
Provigil	modafinilo
Prozac	fluoxetine
Pulmicort Respules	budesonide respules
Questran/Questran Light	cholestyramine
Reglan	metoclopramide
Remeron	mirtazapine
Requip	ropinirole

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Restoril	temazepam
Retin-A	tretinoin
Risperdal	risperidone
Ritalin	methylphenidate
Seasonale	jolessa
Seasonique	amethia, camrese, quasense, introvale
Seroquel	quetiapina
Sinemet	carbidopa/levodopa
Singulair	montelukast
Soma	carisoprodol
Sonata	zaleplon
Sporanox	itraconazole
Stalevo	carbidopa/levodopa/entacapone
Sumycin	tetracycline
Surmontil	maleato de trimipramina
Symbyax	olanzapina-fluoxetina
Synthroid	levothyroxine
Tagamet	cimetidine
Tegretol	carbamazepine
Tenex	guanfacine
Tenoretic	atenolol/chlorthalidone
Tenormin	atenolol
Tindamax	tinidazole
Topamax	topiramate
Topicort	desoximetasone
Trexall	methotrexate
Trusopt	dorzolamide
Tylenol #3	acetaminofén/codeína
Ultram	tramadol
Valium	diazepam
Valtrex	valacyclovir
Vancocin	vancomicina
Vaseretic	enalapril/HCTZ
Vasotec	enalapril

Guía de referencia de medicamentos de marca y genéricos de UPMC for Kids

De marca	Genéricos
Veetids	penicillin V potassium
Vfend	voriconazole
Vibramycin	doxycycline hyclate
Vicodin	hydrocodone/acetaminophen
Viramune	nevirapina
Voltaren	diclofenac
Wellbutrin	bupropion
Xalatan	latanoprost
Xanax	alprazolam
Yasmin	ocella, syeda, zarah
Yaz	gianvi, loryna, vestura
Zantac	ranitidine
Zithromax	azithromycin
Zocor	simvastatin
Zofran	ondansetron
Zoloft	sertraline
Zovirax	acyclovir
Zyloprim	allopurinol
Zyprexa	olanzapina



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program

Cubrimos a todos los niños

Estado de Pennsylvania

UPMC *for Kids*™

Un Producto de UPMC Health Plan

U.S. Steel Tower
600 Grant Street
Pittsburgh, PA 15219

www.upmchealthplan.com/upmcforkids

Es posible que este plan de atención médica administrada no cubra todos sus gastos médicos. Lea cuidadosamente todos los materiales de UPMC *for Kids* para saber qué servicios de atención médica están cubiertos.

Equipo de Health Care Concierge de UPMC *for Kids*: **1-800-650-8762**
Línea TTY de Servicios: **1-800-361-2629**