# \*\*Descargo de responsabilidad\*\*

La cobertura del medicamento o producto está sujeta al estado del formulario. Un medicamento o producto mencionado en las presentes políticas podría no estar cubierto por su plan. Consulte la porción del plan correspondiente a los beneficios mejorados de su plan para determinar cuáles son los medicamentos cubiertos por su plan y que, en consecuencia, están sujetos a las siguientes políticas. Adicionalmente, las listas de productos preferentes y los programas correspondientes (es decir, el requisito de probar el producto preferente y que no funcione) dentro de las políticas en el presente documento no aplican para la cobertura del beneficio mejorado.



# BREXAFEMME (ibrexafungerp)

Las pacientes que hayan surtido al menos un suministro de 1 día de fluconazol en los últimos 30 días están exentas de estos requisitos de Autorización Previa (AP).

# Pre - Asignación de PA

Ninguna

# Requisitos de aprobación previa

Las pacientes que hayan surtido al menos un suministro de 1 día de fluconazol en los últimos 30 días están exentas de estos requisitos de Autorización Previa (AP).

Edad 18 años de edad o más O después del inicio de la menstruación.

## Diagnósticos

La paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

- 1. Candidiasis vulvovaginal (VVC)
- 2. Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)
  - a. Se utiliza para reducir la incidencia de RVVC

### Y TODO lo siguiente:

- Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al fluconazol
- 2. NO se utiliza en un baño de pies
- Mujeres con potencial reproductivo únicamente: se aconsejará a la paciente que utilice métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con Brexafemme y durante los 4 días siguientes a la última dosis

# Límites de aprobación previa

Indicación	Cantidad	Duración
Candidiasis vulvovaginal (VVC)	4 comprimidos	7 días
Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)	12 comprimidos por 90 días	6 meses

# Requisitos de renovación de aprobación previa



# BREXAFEMME (ibrexafungerp)

Cada solicitud de autorización previa (AP) para la candidiasis vulvovaginal (VVC) se considera inicio de tratamiento debido a la naturaleza aguda de la infección

**Edad** 18 años de edad o más **O** después del inicio de la menstruación.

## Diagnóstico

La paciente debe tener lo siguiente:

- 1. Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)
  - a. Se utiliza para reducir la incidencia de RVVC

### Y TODO lo siguiente:

- El profesional que emite la receta ha determinado que la paciente se beneficiará de 6 meses adicionales de tratamiento para la prevención de la RVVC.
- 2. NO se utiliza en un baño de pies
- Mujeres con potencial reproductivo únicamente: se aconsejará a la paciente que utilice métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con Brexafemme y durante los 4 días siguientes a la última dosis

# Límites de renovación de aprobación previa

Cada solicitud de autorización previa (AP) para la candidiasis vulvovaginal (VVC) se considera inicio de tratamiento debido a la naturaleza aguda de la infección

Indicación	Cantidad	Duración
Candidiasis vulvovaginal	12 comprimidos por	6 meses (UNA
recurrente (RVVC)	90 días	renovación solamente)



#### **PRESERVATIVOS**

## Preservativos externos (masculinos), preservativo femenino FC2

# Pre - Asignación de PA

Cantidad 48 preservativos de uso interno O externo por 90 días

# Requisitos de aprobación previa

## Diagnóstico

El paciente debe tener lo siguiente:

1. El paciente tiene una necesidad clínica de más de 48 preservativos en 90 días, como aumento de la actividad sexual, rotura del preservativo, etc.

# Límites de aprobación previa

Cantidad 96 preservativos de uso interno o externo por 90 días

**Duración** 12 meses

# Requisitos de renovación de aprobación previa

Igual que arriba

# Límites de renovación de aprobación previa

Igual que arriba



Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina) Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

# Asignación previa a la autorización

Edad 12 años de edad o más

#### Cantidad

Nombre del medicamento	Límite de cantidad*	Duración
Codeína con fenilefrina y prometazina		
Codeína con prometazina	420 mL	30 días
Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	420 IIIL	oo dido
Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex	140 mL	30 días
Comprimidos de Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	84 comprimidos	30 días
Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin (codeína, clorfeniramina)	28 comprimidos	30 días

<sup>\*</sup> Los límites de cantidad responden a la dosis máxima diaria detallada en el prospecto suficiente para 14 días de tratamiento. Si la tos requiere un tratamiento más prolongado que 14 días en un período de 30 días, se rechazará la autorización previa.

# Requisitos para la aprobación previa

La autorización previa no será necesaria si el médico que receta es un oncólogo o si el miembro pagó reclamaciones de farmacia para medicamento(s) oncológico(s) en los últimos 6 meses.

## Diagnósticos

El paciente debe presentar **UNO** de los siguientes:

- 1. Tos
  - a. 18 años de edad o más
  - b. **SIN** tratamiento doble con analgésico(s) opioide(s)
  - c. Otras opciones de tratamiento alternativo resultaron ineficaces, no fueron toleradas o fueron inadecuadas para controlar la tos del paciente



Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina) Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

- i. Se incluyen: medicamentos de venta libre (dextrometorfano) y medicamentos recetados (benzonatato)
- d. El emisor de la receta acepta evaluar al paciente para detectar síndrome de la serotonina (consultar el Apéndice 1)
- e. **SIN** tratamiento doble con terapias para la adicción a los opioides o metadona
- f. SIN tratamiento doble con benzodiacepina(s) para tratar la ansiedad
  - i. Alprazolam (Xanax)
  - ii. Clonazepam (Klonopin)
  - iii. Diazepam (Valium)
  - iv. Lorazepam (Ativan)
  - v. Oxazepam (Serax)
  - vi. Clordiazepóxido (Librium)
  - vii. Clorazepato dipotásico (Tranxene)
- 2. Tos relacionada con el cáncer o su tratamiento

# Límites previos a la aprobación

#### Cantidad

Nombre del medicamento	Cantidad Límite*	Duración
Codeína con fenilefrina y prometazina	900 mL	30 días
Codeína con prometazina	900 mL	30 días
Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex	300 mL	30 días
Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	900 mL	30 días
Comprimidos de Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	180 comprimidos	30 días
Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin (codeína, clorfeniramina)	60 comprimidos	30 días

<sup>\*</sup>Quedan exceptuados de estos límites de cantidad aquellos pacientes que presenten tos relacionada con el cáncer o su tratamiento, quienes recibirán una duración de 12 meses

Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina) Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

# Requisitos de renovación previos a la aprobación

Igual que el anterior

# Límites de renovación previos a la aprobación

Igual que el anterior

## Apéndice 1 - Lista de medicamentos serotoninérgicos

### Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)

paroxetina	Paxil, Paxil CR, Pexeva, Brisdelle
fluvoxamina	Luvox, Luvox CR
fluoxetina	Prozac, Prozac Weekly, Sarafem, Selfemra, Symbyax
sertralina	Zoloft
citalopram	Celexa
escitalopram	Lexapro

#### Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI)

venlafaxina	Effexor XR
desvenlafaxina	Pristiq, Khedezla
duloxetina	Cymbalta
milnacipran	Savella

#### Antidepresivos tricíclicos (TCA)

amitriptilina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
desipramina	Norpramin
clomipramina	Anafranil
imipramina	Tofranil, Tofranil PM
nortriptilina	Pamelor, Aventyl
protriptilina	Vivactil
doxepina	Zonalon, Silenor
trimipramina	Surmontil

#### Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI)

isocarboxazida	Marplan
fenelzina	Nardil
selegilina	Emsam, Eldepryl, Zelapar



Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina) Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

tranilcipromina	Parnate
-----------------	---------

## Otros medicamentos psiquiátricos

	• •
amoxapina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
maprotilina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
nefazodona	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
trazodona	Oleptro
busipirona	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
vilazodona	Viibryd
mirtazapina	Remeron, Remeron Soltab
litio	Lithobid

## Medicamentos para la migraña

almotriptan	Axert
frovatriptan	Frova
naratriptan	Amerge
rizatriptan	Maxalt, Maxalt-MLT
sumatriptan	Imitrex, Imitrex Statdose, Alsuma, Sumavel Dosepro, Zecuity, Treximet
zolmitriptan	Zomig, Zomig-ZMT

#### **Antieméticos**

ondansetron	Zofran, Zofran ODT, Zuplenz
granisetron	Kytril, Sancuso
dolasetron	Anzemet
palonosetron	Aloxi

### Otros medicamentos serotoninérgicos

dextrometorfano	Bromfed-DM, Delsym, Mucinex DM, Nuedexta
linezolid	Zyvox
ciclobenzaprina	Amrix
azul de metileno	
Hierba de San Juan	
triptofano	



#### **UPNEEQ**

(clorhidrato de oximetazolina, solución oftálmica)

# Pre - Asignación de PA

Ninguna

# Requisitos de aprobación previa

**Edad** El paciente tiene 18 años de edad o más

## Diagnóstico

El paciente debe tener **TODO** lo siguiente:

- Blefaroptosis adquirida (párpado caído)
  - a. Afección que afecta al campo visual
  - b. Receta o recomendación de un oftalmólogo
  - c. El recetante se compromete a advertir al paciente de los signos y síntomas del glaucoma agudo de ángulo cerrado y a buscar atención médica si es necesario.
  - d. NO es exclusivamente para uso cosmético

# Límites de aprobación previa

**Cantidad** 90 envases de un solo uso

**Duración** 3 meses

# Requisitos de renovación de aprobación previa

**Edad** El paciente tiene 18 años de edad o más

#### Diagnóstico

El paciente debe tener **TODO** lo siguiente:

- 1. Blefaroptosis adquirida (párpado caído)
  - a. El paciente ha presentado una mejoría de los síntomas (por ejemplo, mejora del campo visual).
  - b. Receta o recomendación de un oftalmólogo
  - c. El recetante se compromete a advertir al paciente de los signos y síntomas del glaucoma agudo de ángulo cerrado y a buscar atención médica si es necesario.
  - d. NO es exclusivamente para uso cosmético



### **UPNEEQ**

(clorhidrato de oximetazolina, solución oftálmica)

# Límites de renovación de aprobación previa

Cantidad 90 envases de un solo uso por 90 días.

**Duración** 12 meses



#### MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

Adipex-P\* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)
Xenical (orlistat)

\*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

# Pre - Asignación de PA

Ninguna

# Requisitos de aprobación previa

La autorización previa para \*Adipex-P y \*Plenity sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

#### **Edad**

17 años de edad o más: \*Adipex-P, Contrave, dietilpropión, Lomaira, fendimetrazina en cápsulas, fentermina, Plenity
12 años de edad o más: benzfetamina, fendimetrazina en comprimidos, Qsymia, Xenical

## Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

#### Y TODO lo siguiente:

- 1. El paciente cumple **UNO** de los siguientes criterios:
  - a. Mayor de 18 años, debe tener UNA de las siguientes:
    - Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².
    - ii. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 kg/m² Y UNO de los siguientes:
      - El paciente presenta una enfermedad cardiovascular establecida (por ejemplo, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad cardíaca coronaria, síndrome coronario agudo (ACS), infarto de miocardio (MI), angina de pecho inestable, revascularización coronaria o de otra arteria, o intervención coronaria percutánea/cirugía de bypass coronario previas)



#### **MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR**

Adipex-P\* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)

\*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Xenical (orlistat)

- 2. El paciente presenta al menos una afección comórbida relacionada con el peso (por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o hipertensión).
- b. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: Índice de masa corporal (IMC) ≥95° del percentil para su edad.
- 2. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
- 3. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 1).

# Límites de aprobación previa

#### Cantidad

Medicamento	Límite de cantidad
Benzfetamina	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Contrave	360 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Diethylpropion 25mg	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Diethylpropion 75mg	90 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Lomaira	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Phendimetrazine 35mg	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Phendimetrazine 105mg	90 cápsulas por 90 días <b>O</b>
Fentermina	90 unidades por 90 días <b>O</b>
Qsymia	90 cápsulas por 90 días <b>O</b>
Xenical	270 cápsulas por 90 días O

Medicamento solo con excepción aprobada en el formulario	Límite de cantidad
Adipex-P	90 unidades por 90 días <b>O</b>
Plenity	504 cápsulas por 84 días



#### MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

Adipex-P\* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina

Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico) Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada) Xenical (orlistat)

**Duración** 6 meses

# Requisitos de renovación de aprobación previa

La autorización previa para \*Adipex-P y \*Plenity sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

#### Edad

17 años de edad o más: \*Adipex-P, Contrave, dietilpropión, Lomaira, fendimetrazina en cápsulas, fentermina, Plenity
12 años de edad o más: benzfetamina, fendimetrazina en comprimidos, Qsymia,

Xenical

## Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

#### Y TODO lo siguiente:

- Mayor de 18 años SOLAMENTE: El paciente perdió al menos el 5 por ciento del peso corporal inicial O el paciente ha continuado manteniendo su pérdida de peso inicial del 5 por ciento.
- 2. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: El paciente ha mantenido una pérdida de peso clínicamente significativa
- 3. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
- 4. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 1).

# Límites de *renovación* de aprobación previa Cantidad

Medicamento	Límite de cantidad
Benzfetamina	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Contrave	360 comprimidos por 90 días <b>O</b>

<sup>\*</sup>La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.



### **MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR**

Adipex-P\* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)

Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico) Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada) Xenical (orlistat)

\*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Diethylpropion 25mg	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Diethylpropion 75mg	90 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Lomaira	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Phendimetrazine 35mg	270 comprimidos por 90 días <b>O</b>
Phendimetrazine 105mg	90 cápsulas por 90 días <b>O</b>
Fentermina	90 unidades por 90 días <b>O</b>
Qsymia	90 cápsulas por 90 días <b>O</b>
Xenical	270 cápsulas por 90 días <b>O</b>

Medicamento solo con excepción aprobada en el formulario	Límite de cantidad
Adipex-P	90 unidades por 90 días <b>O</b>
Plenity	504 cápsulas por 84 días

**Duración** 12 meses



#### **MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR**

Adipex-P\* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina Benzfetamina Contrave (naltrexona y bupropión) Dietilpropión **Fendimetracina** Plenity\* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)

**Qsymia** (fentermina Y topiramato de liberación prolongada) Xenical (orlistat)

# Apéndice 1 - Lista de medicamentos para adelgazar con PA

Nombre genérico	Marca
benzfetamina	No corresponde
carboximetilcelulosa-	Plenity
celulosa-ácido cítrico	Flerilly
dietilpropión	No corresponde
liraglutida	Saxenda
naltrexona/bupropión	Contrave
orlistat	Xenical
fendimetracina	No corresponde
fentermina	Adipxex-P/Lomaira
fentermina/topiramato ER	Qsymia
semaglutida	Wegovy
setmelanotida	Imcivree
tirzepatida	Zepbound

<sup>\*</sup>La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.



## SAXENDA (liraglutida) WEGOVY (semaglutida)

# Pre - Asignación de PA

Ninguna

# Requisitos de aprobación previa

Edad 12 años de edad o más

## Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

## Y TODO lo siguiente:

- 1. El paciente cumple **UNO** de los siguientes criterios:
  - a. Mayor de 18 años, debe cumplir **UNO** de los siguientes criterios:
    - i. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².
    - ii. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 kg/m² Y UNO de los siguientes:
      - El paciente presenta una enfermedad cardiovascular establecida (por ejemplo, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad cardíaca coronaria, síndrome coronario agudo (ACS), infarto de miocardio (MI), angina de pecho inestable, revascularización coronaria o de otra arteria, o intervención coronaria percutánea/cirugía de bypass coronario previas)
      - 2. El paciente presenta al menos una afección comórbida relacionada con el peso (por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o hipertensión).
  - b. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: Índice de masa corporal (IMC) ≥95° del percentil para su edad.
- 2. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
- 3. **SIN** tratamiento dual con otros agonistas de los receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) (ver Apéndice 1).
- 4. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 2).

# Límites de aprobación previa



# SAXENDA (liraglutida) WEGOVY (semaglutida)

Medicamento	Límite de cantidad
Saxenda	15 plumas precargadas por 90 días <b>O</b>
Wegovy	12 plumas monodosis por 84 días

Duración 6 meses

Requisitos de renovación de aprobación previa

Edad El paciente tiene 12 años de edad o más

## Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

#### Y TODO lo siguiente:

- Mayor de 18 años SOLAMENTE: El paciente perdió al menos el 5 por ciento del peso corporal inicial O el paciente ha continuado manteniendo su pérdida de peso inicial del 5 por ciento.
- 2. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: El paciente ha mantenido una pérdida de peso clínicamente significativa
- 3. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
- 4. **SIN** tratamiento dual con otros agonistas de los receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) (ver Apéndice 1).
- 5. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 2).

# Límites de *renovación* de aprobación previa Cantidad

Medicamento	Límite de cantidad
Saxenda	15 plumas precargadas por 90 días <b>O</b>
Wegovy	12 plumas monodosis por 84 días

Duración 12 meses



# SAXENDA (liraglutida) WEGOVY (semaglutida)

# Apéndice 1 - Lista de medicamentos agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1)

Nombre genérico	Marca
dulaglutida	Trulicity
exenatida	Byetta
exenatida	Bydureon, Bydureon BCise
liraglutida	Saxenda
liraglutida	Victoza
liraglutida e insulina degludec	Xultophy
lixisenatida	Adlyxin
lixisenatida e insulina glargine	Soliqua
semaglutida	Ozempic
semaglutida	Rybelsus
semaglutida	Wegovy
tirzepatida	Mounjaro
tirzepatida	Zepbound

# Apéndice 2 - Lista de medicamentos para adelgazar con PA

Nombre genérico	Marca
benzfetamina	No corresponde
carboximetilcelulosa-	Plonity
celulosa-ácido cítrico	Plenity
dietilpropión	No corresponde
liraglutida	Saxenda
naltrexona/bupropión	Contrave
orlistat	Xenical
fendimetracina	No corresponde
fentermina	Adipxex-P/Lomaira
fentermina/topiramato ER	Qsymia
semaglutida	Wegovy
setmelanotida	Imcivree
tirzepatida	Zepbound