

POR FAVOR LÉALO: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan

2025



Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de CarePlus

Lista de medicamentos recetados o "Lista de medicamentos"

Este formulario fue actualizado en 03/01/2025. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al: **1-800-794-5907** o para usuarios de TTY, **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com).

CareAccess (HMO)
CareFree Giveback (HMO)
CareFree Platinum Giveback (HMO)
CareFree Platinum Giveback (HMO-POS)
CareOne Plus (HMO)
CareOne Plus (HMO-POS)

CarePlus
HEALTH PLANS®

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

¡Bienvenido a CarePlus!

Nota para los afiliados actuales: Este Formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta Lista de medicamentos (Formulario), “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a CarePlus. Del mismo modo, “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a CarePlus. Este documento incluye una Lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir de marzo de 2025. Para ver una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario).

En general, debe utilizar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario de CarePlus Medicare?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es la lista completa de los medicamentos cubiertos seleccionados por CarePlus. Los términos formulario y Lista de medicamentos pueden ser utilizados indistintamente en los avisos relacionados con los cambios en sus beneficios de farmacia. CarePlus trabajó con un equipo de médicos y farmacéuticos para crear un formulario que representa los medicamentos recetados que creemos son necesarios para un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, CarePlus cubrirá los medicamentos que están en el formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas, el medicamento recetado se surta en una farmacia de la red de CarePlus y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus medicamentos, consulte su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podremos añadir o eliminar medicamentos en el formulario durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí:

es-www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico en nuestro formulario, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones.

Podemos hacer estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en el formulario (por ejemplo, si añadimos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin nueva receta).

Si usted usa actualmente el medicamento de marca o producto biológico, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de hacer un cambio inmediato, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

Si realizamos un cambio de este tipo, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?”

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección siguiente titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo están relacionados con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira de la venta un medicamento o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) decide retirarlo por motivos de seguridad o efectividad, es posible que eliminemos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y luego notifiquemos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los afiliados que estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico o podemos eliminar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o trasladarlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas cosas. Podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. En caso de que retiremos medicamentos de nuestro formulario, añadamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento, o bien que traslademos un medicamento a un nivel superior de costos compartidos, debemos notificar a los afiliados que se vean afectados por el cambio al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio. Como alternativa, cuando un afiliado solicite la repetición del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Notificaremos a los afiliados que se vean afectados por los siguientes cambios en el formulario:

- Cuando un medicamento se retira del formulario.
- Cuando se agregan o se hacen más restrictivos los requisitos de autorizaciones previas, límites de cantidad o las restricciones de de terapia por fases para un medicamento.
- Cuando un medicamento se cambia a un nivel superior de costos compartidos.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que usted ha estado tomando. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2025, excepto según se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año usted no recibirá notificación directa de los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, dichos cambios podrían afectarle, y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

¿Qué sucede si usted se ve afectado por un cambio en la Lista de medicamentos?

Le notificaremos por correo al menos 30 días antes de que ocurra uno de estos cambios o le proporcionaremos una repetición de 30 días del medicamento afectado con notificación del cambio.

El formulario adjunto está vigente a partir de de marzo de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto.

Puede solicitar que se le envíe por correo una Guía de medicamentos recetados impresa. Complete y envíe el formulario en www.careplushealthplans.com/PrintRequest o llame a Servicios para afiliados. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario empieza en la página 12. Hemos agrupado los medicamentos dependiendo del tipo de afección médica para el que sean usados. Por ejemplo, los medicamentos que tratan afecciones cardíacas aparecen bajo la categoría: "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué afección médica se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 12. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría. En el formulario también están el Nivel y los Requisitos de control de la utilización para cada medicamento (consulte la página 6 para obtener más información sobre los Requisitos de control de la utilización).

Listado en orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 112. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Busque y encuentre su medicamento en el Índice. Junto al nombre de cada medicamento, usted verá un número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CarePlus cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprueba que un medicamento genérico tenga el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos, normalmente, pueden ser sustituidos por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo están relacionados con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a los medicamentos, se puede interpretar como un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1. "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos" para los planes Medicare Advantage (MA-PD).

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles.

CarePlus cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

- **Nivel 1 - Genéricos preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles a los costos compartidos más bajos del plan
- **Nivel 2 - Genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1
- **Nivel 3 - De marca preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo inferior al costo de los medicamentos no preferidos del Nivel 4
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo superior al costo de los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3
- **Nivel 5 - De especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

CarePlus pagará una parte de los costos de sus medicamentos cubiertos y usted también pagará una parte.

La cantidad de dinero que usted paga depende:

- Del nivel al que pertenece su medicamento
- Si usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red
- La etapa del pago de medicamentos en la que se encuentra. Por favor, lea su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información.

Si usted es elegible para obtener ayuda adicional con los costos de sus medicamentos, sus costos pueden ser distintos a los descritos anteriormente. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) o llame a Servicios para afiliados para verificar cuáles son sus costos.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** CarePlus requiere que usted obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de CarePlus antes de surtir sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que CarePlus no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Para ciertos medicamentos, CarePlus limita la cantidad del medicamento cubierto. CarePlus puede limitar el número de repeticiones que usted puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora diaria. Algunos medicamentos se limitan a un suministro de 30 días, independientemente de la asignación de nivel.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, CarePlus exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento que trate esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que CarePlus no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, entonces CarePlus cubrirá el Medicamento B.
- **Parte B o Parte D (BvsD):** Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que se necesite proveer información a CarePlus que describa el uso y el lugar donde usted recibe y toma el medicamento para poder hacer una determinación.

Para medicamentos que requieren autorización previa o terapia por fases, o medicamentos que sobrepasan los límites de cantidad, su proveedor de cuidado de la salud puede enviar información por fax sobre su afección y necesidad de esos medicamentos a CarePlus al **1-800-310-9071**. Tenemos representantes a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que empieza en la página 12.

También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando **www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides**. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le enviemos una copia. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario.

Puede pedirle a CarePlus que haga una excepción a estas restricciones, límites, o puede solicitar una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección “**¿Cómo solicito una excepción al formulario de CarePlus?**” en la página 7, para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactarse con Servicios para afiliados de CarePlus y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario.

Si se entera de que CarePlus no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios para afiliados una lista de medicamentos similares que están cubiertos por CarePlus. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CarePlus.
- Puede pedirle a CarePlus que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto se usa para proporcionar terapias farmacológicas que no están disponibles comercialmente como productos terminados aprobados por la FDA en la misma dosis, formulación y/o combinación de ingredientes, sino que son creados por un farmacéutico al combinar o mezclar ingredientes para crear un medicamento recetado personalizado para las necesidades de un paciente individual. Mientras que algunos medicamentos compuestos pueden ser elegibles para la Parte D, la mayoría de los medicamentos compuestos no están incluidos en el formulario (no están cubiertos) por su plan. Es posible que necesite solicitar y recibir una determinación de cobertura aprobada de nosotros para que su medicamento compuesto esté cubierto.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?

Puede pedirle a CarePlus que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitarnos que hagamos.

- **Excepción al formulario:** puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- **Excepción a la restricción de utilización:** puede solicitarnos que no se aplique una restricción de cobertura, lo que incluye una autorización previa, terapia por fases o límite de cantidad a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el plan CarePlus limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que no se aplique el límite y que cubramos una cantidad mayor.

- **Excepción al nivel:** puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en un nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, CarePlus solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido, o la aplicación de las restricciones no fueran tan efectivos para usted y/o si le causarían efectos adversos.

Usted o el profesional que receta debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de utilización. **Cuando usted solicita una excepción, debe presentar una declaración de su proveedor de cuidado de la salud que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración de respaldo.**

Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de sus proveedores. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted cree y nosotros estamos de acuerdo en que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo del profesional que receta.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como afiliado nuevo o que continúa en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O, puede estar tomando un medicamento que está en el formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con el profesional que receta acerca de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan la manera adecuada de proceder para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no está en nuestro formulario o tiene una restricción de cobertura, cubriremos un suministro de 30 días temporalmente. Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos repeticiones para proveer hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. Si la cobertura no se aprueba, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos repetir la receta varias veces para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) mientras busca una excepción al formulario.

Durante el año del plan, su ámbito de tratamiento (el lugar donde recibe y toma sus medicamentos) puede cambiar. Estos cambios incluyen:

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o un centro de enfermería especializada para volver a sus hogares
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o centro de enfermería especializada
- Afiliados que son transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y usan una farmacia diferente
- Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de la Parte D de su plan
- Afiliados que renuncian a su condición de hospicio y retoman su cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para estos cambios en los ámbitos de tratamiento, CarePlus cubrirá un suministro temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando surte su medicamento recetado en una farmacia. Si cambia de ámbito de tratamiento en varias ocasiones en un mismo mes, tal vez deba solicitar una excepción o autorización previa y recibir la aprobación para mantener la cobertura continuada del medicamento. CarePlus revisará las solicitudes de continuación de la terapia, caso por caso, teniendo en cuenta los riesgos que conllevaría el cambio de terapia cuando usted se encuentre estable en un régimen de medicamentos.

Extensión de transición

CarePlus considerará, caso por caso, otorgarle una extensión del período de transición si su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada al final de su período de transición inicial. Seguiremos proveyéndole los medicamentos necesarios si se extiende su período de transición.

Una Política de transición está disponible en el sitio web de CarePlus, www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de CarePlus, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CarePlus, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede visitar **www.medicare.gov**.

Formulario de CarePlus

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 112.

Su plan de tiene cobertura adicional de ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare y no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 111.

Cómo leer el formulario

En la primera columna de la tabla aparecen las categorías de afecciones médicas en orden alfabético. Los nombres de los medicamentos están en la lista a continuación en orden alfabético dentro de cada categoría. Los nombres de los medicamentos de marca están escritos con MAYÚSCULAS y los nombres de los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas en *itálicas*. Al lado del nombre del medicamento o en la columna denominada Requisitos de control de la utilización, es posible que aparezca un indicador para brindarle información adicional de cobertura para ese medicamento. Es posible que vea los siguientes indicadores:

DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro, independientemente de la asignación de nivel.

MO - medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Contacte con su farmacia de pedido por correo para verificar si su medicamento está disponible.

LA - Acceso limitado; El plan de salud ha autorizado a determinadas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere manejo adicional, coordinación del médico o educación del paciente. Llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información.

CI - Productos de insulina cubiertos; Productos de insulina de la Parte D cubiertos por su plan. Para obtener más información sobre los costos compartidos para sus productos de insulina cubiertos, refiérase a su Evidencia de cobertura.

AV - Vacunas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la Parte D; Vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP para los adultos que podrían ser disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura.

PDS - Suministros diabéticos preferidos; BD y HTL-Droplet son las marcas preferidas de jeringas y agujas para plumas diabéticas para el plan

En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 6 para más detalles sobre los niveles de medicamentos en su plan.

En la tercera columna aparecen los Requisitos de control de la utilización para el medicamento. Es posible que CarePlus tenga requisitos especiales para la cobertura de ese medicamento. Si la columna está en blanco, entonces no hay requisitos de utilización para ese medicamento. El suministro de cada medicamento se basa en los beneficios y en si su proveedor de cuidado de la salud receta un suministro de 30, 60 o 90 días. La cantidad de cualquier límite de cantidad también estará en esta columna. (Por ejemplo: "QL - 30 cada 30 días" significa que usted solo puede recibir 30 dosis cada 30 días). Consulte la página 6 para obtener más información acerca de estos requisitos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES ÓTICOS		
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS</i> MO	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS</i> MO	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION</i> MO	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION</i> MO	2	
<i>ofloxacin 0.3 % DROPS</i> MO	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil 10 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>donepezil 23 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>donepezil 5 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR.</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>galantamine 4 mg/ml SOLUTION</i> MO	3	QL(200 cada 30 días)
<i>memantine 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR.</i> MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>memantine 2 mg/ml SOLUTION</i> MO	3	PA,QL(360 cada 30 días)
<i>memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK</i> MO	2	PA,QL(98 cada 30 días)
<i>NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR.</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR.</i> MO	3	QL(28 cada 28 días)
<i>rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR.</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE</i> MO	2	QL(90 cada 30 días)
<i>rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE</i> MO	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
<i>baclofen 10 mg TABLET</i> MO	1	
<i>baclofen 20 mg TABLET</i> MO	1	
<i>baclofen 5 mg TABLET</i> MO	1	QL(90 cada 30 días)
<i>dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET</i> MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL - Límite de despacho • LA - Acceso limitado • MO - Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS - BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

AGENTES ANTIGOTA		
<i>allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET</i> ^{MO}	1	
<i>colchicine 0.6 mg TABLET</i> ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
<i>febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET</i> ^{MO}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>probenecid 500 mg TABLET</i> ^{MO}	3	
<i>probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET</i> ^{MO}	3	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
<i>pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET</i> ^{MO}	3	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
<i>dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL</i> ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 30 días)
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET</i> ^{MO}	3	QL(40 cada 30 días)
<i>naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET</i> ^{MO}	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	1	QL(12 cada 30 días)
<i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
<i>sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i> ^{MO}	4	QL(12 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	1	QL(9 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE</i> ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR</i> ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE</i> ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
<i>amantadine hcl 100 mg CAPSULE</i> ^{MO}	3	
<i>amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	2	
<i>benztropine 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	
<i>bromocriptine 2.5 mg TABLET</i> MO	3	
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	4	
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET</i> MO	2	
<i>carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET</i> MO	2	
<i>carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER</i> MO	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET</i> MO	4	
<i>entacapone 200 mg TABLET</i> MO	3	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET</i> MO	2	
<i>rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET</i> MO	2	
RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(300 cada 30 días)
<i>selegiline hcl 5 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>selegiline hcl 5 mg TABLET</i> MO	2	
<i>trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR</i> MO	3	
<i>trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET</i> MO	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
<i>acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE</i> MO	1	
<i>acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET</i> MO	4	
<i>acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER</i> MO	4	
<i>adenosine 3 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>adenosine 3 mg/ml SYRINGE</i> MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET MO</i>	4	QL(30 cada 30 días)
<i>amiloride 5 mg TABLET MO</i>	3	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET MO</i>	1	
<i>amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET MO</i>	4	
<i>amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE MO</i>	2	
<i>amiodarone 200 mg TABLET MO</i>	2	
<i>amiodarone 50 mg/ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET MO</i>	4	QL(30 cada 30 días)
<i>amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE MO</i>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE MO</i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET MO</i>	2	QL(30 cada 30 días)
<i>amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET MO</i>	2	QL(30 cada 30 días)
<i>atenolol 100 mg TABLET MO</i>	1	
<i>atenolol 25 mg, 50 mg TABLET MO</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET MO</i>	1	
<i>atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO</i>	1	
<i>benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET MO</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO</i>	1	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET MO</i>	2	
<i>bumetanide 1 mg TABLET MO</i>	2	
<i>candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO</i>	2	QL(60 cada 30 días)
<i>candesartan 32 mg TABLET MO</i>	2	QL(30 cada 30 días)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET MO</i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO</i>	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET MO	1	
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET MO	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET MO	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET MO	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET MO	1	
colestipol 1 gram TABLET MO	3	
colestipol 5 gram GRANULES MO	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	4	
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET MO	2	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	2	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION MO	2	
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT MO	3	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET MO	1	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
furosemide 80 mg TABLET MO	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	4	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET MO	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET MO	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET MO	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION MO	4	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	2	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	3	
nebivolol 10 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION MO	4	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
niacin 500 mg TABLET MO	3	
niacor 500 mg TABLET MO	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL	5	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
nitroglycerin in 5 % dextrose 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml) SOLUTION MO	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
olmesartan 20 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hctiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET MO	4	
pacerone 200 mg TABLET MO	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	2	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET MO	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	2	
prevalite 4 gram POWDER MO	4	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	4	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	4	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION MO	2	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET MO	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET MO	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET MO	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET MO	2	
spironolactone 100 mg TABLET MO	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO	2	
torse mide 20 mg TABLET MO	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET MO	1	
valsartan 160 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER MO	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE MO	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>ibandronate 150 mg TABLET</i> MO	2	QL(1 cada 28 días)
<i>ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION</i> MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
<i>ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE</i> MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL,LA	5	PA,QL(2 cada 28 días)
<i>pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION</i> MO	3	QL(30 cada 21 días)
<i>pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION</i> MO	3	QL(10 cada 21 días)
<i>paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE</i> MO	4	
<i>paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION</i> MO	3	QL(24 cada 30 días)
<i>paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION</i> MO	3	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	4	QL(1 cada 180 días)
<i>risedronate 150 mg TABLET</i> MO	3	QL(1 cada 30 días)
<i>risedronate 30 mg, 5 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>risedronate 35 mg TABLET</i> MO	3	QL(4 cada 28 días)
<i>risedronate 35 mg TABLET, DR/EC</i> MO	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK</i> MO	4	QL(300 cada 21 días)
<i>zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	
<i>zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	4	QL(15 cada 21 días)
<i>zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK</i> MO	4	QL(300 cada 21 días)
<i>zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK</i> MO	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
<i>balsalazide 750 mg CAPSULE</i> MO	3	
<i>budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO	4	
<i>budesonide 9 mg TABLET, DR/ER</i> DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA</i> MO	3	
<i>mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR.</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA</i> MO	4	QL(1800 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

sulfasalazine 500 mg TABLET MO	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC MO	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM MO	4	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM MO	4	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION MO	2	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE MO	2	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET MO	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(2 cada 30 días)
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT DL	5	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46) CAPSULE, DR/EC MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate 240 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER MO	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER MO	3	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH MO	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE MO	4	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>adapalene 0.3 % GEL</i> MO	3	QL(45 cada 30 días)
<i>adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP</i> MO	3	QL(45 cada 30 días)
<i>ammonium lactate 12 % CREAM</i> MO	2	
<i>ammonium lactate 12 % LOTION</i> MO	2	
<i>amnesteem 10 mg, 20 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>azelaic acid 15 % GEL</i> MO	4	ST,QL(50 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM</i> MO	3	QL(90 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT</i> MO	3	QL(90 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % CREAM</i> MO	2	QL(180 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % LOTION</i> MO	2	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT</i> MO	2	QL(180 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % CREAM</i> MO	2	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % GEL</i> MO	3	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % LOTION</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT</i> MO	3	QL(100 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % CREAM</i> MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % SOLUTION</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>clindamycin phosphate 1 % GEL</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SOLUTION</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SWAB</i> MO	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL</i> MO	4	QL(50 cada 30 días)
<i>clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL</i> MO	4	QL(45 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % CREAM</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % FOAM</i> MO	4	QL(100 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % GEL</i> MO	4	QL(120 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % LOTION</i> MO	4	QL(240 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % OINTMENT</i> MO	3	QL(120 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % SHAMPOO</i> MO	4	QL(240 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>clobetasol 0.05 % SOLUTION</i> MO	2	QL(100 cada 30 días)
<i>clobetasol-emollient 0.05 % CREAM</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>diclofenac sodium 3 % GEL</i> MO	3	PA
<i>ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>ery pads 2 % SWAB</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.01 % OIL</i> MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.01 % SOLUTION</i> MO	4	QL(180 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.025 % CREAM</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.025 % OINTMENT</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL</i> MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % CREAM</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % GEL</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % OINTMENT</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % SOLUTION</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>fluorouracil 2 % SOLUTION</i> MO	2	QL(30 cada 30 días)
<i>fluorouracil 5 % CREAM</i> MO	4	
<i>fluorouracil 5 % SOLUTION</i> MO	2	QL(60 cada 30 días)
<i>fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT</i> MO	2	QL(240 cada 30 días)
<i>fluticasone propionate 0.05 % CREAM</i> MO	2	QL(240 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM</i> MO	2	QL(240 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT</i> MO	2	QL(240 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> MO	2	
<i>hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 2.5 % LOTION</i> MO	2	QL(236 cada 30 días)
<i>HYFTOR 0.2 % GEL</i> DL	5	PA
<i>imiquimod 5 % CREAM IN PACKET</i> MO	3	QL(12 cada 30 días)
<i>isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>lindane 1 % SHAMPOO</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM MO	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	4	
mometasone 0.1 % CREAM MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION MO	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT MO	1	
permethrin 5 % CREAM MO	3	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM MO	2	
SSD 1 % CREAM MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET MO	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
dexlansoprazole 30 mg, 60 mg CAPSULE, DR, BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg CAPSULE MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dicyclomine 20 mg TABLET MO	2	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION MO	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	2	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION MO	2	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE MO	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET MO	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1,680 mg, 40-1,680 mg PACKET DL	5	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK</i> MO	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK MO	4	
<i>peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION</i> MO	3	
<i>sucralfate 1 gram TABLET</i> MO	2	
<i>sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION</i> MO	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET MO	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC MO	4	
<i>ursodiol 250 mg TABLET</i> MO	3	
<i>ursodiol 300 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>ursodiol 500 mg TABLET</i> MO	4	
VOWST CAPSULE DL	5	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET MO	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
<i>alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	1	
<i>bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET</i> MO	3	
<i>darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>dutasteride 0.5 mg CAPSULE</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR.</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	4	QL(90 cada 30 días)
<i>fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>finasteride 5 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

GEMTESA 75 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET MO	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP MO	2	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET MO	4	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE MO	2	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>aurovela</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
<i>aurovela</i> fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
<i>aurovela</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
<i>aviane</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
<i>ayuna</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
<i>azurette</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
<i>balziva</i> (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
<i>blisovi</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
<i>blisovi</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
<i>blisovi</i> fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
<i>briellyn</i> 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
<i>camila</i> 0.35 mg TABLET MO	3	
<i>camrese</i> 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
<i>camrese</i> lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
<i>chateal</i> eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	4	QL(8 cada 28 días)
<i>cryselle</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
<i>cyred</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
<i>cyred</i> eq 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
<i>danazol</i> 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
<i>dasetta</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
<i>dasetta</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
<i>daysee</i> 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
<i>deblitane</i> 0.35 mg TABLET MO	3	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO	2	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	3	QL(0.65 cada 90 días)
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
<i>dolishale</i> 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	4	
DJAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	3	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET MO	3	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT MO	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	3	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
errin 0.35 mg TABLET MO	3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) RING MO	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	3	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
gallifrey 5 mg TABLET MO	3	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Limite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Limite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	3	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET MO	3	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	3	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	3	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	3	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
l norgest/e.estradiol-e.estradiol 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	3	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
lutura (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	3	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	3	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	3	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT DL	3	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	3	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	3	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	3	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET MO	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	4	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	3	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
philit 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
pimtrex (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	3	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	3	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	
raloxifene 60 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	3	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	3	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL MO	2	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
tulana 0.35 mg TABLET MO	3	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
valtya 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	4	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	3	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	4	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION MO	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET MO	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE DL	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
<i>betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION MO</i>	3	
<i>dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET MO</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR MO</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS MO</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE MO</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE MO</i>	2	
<i>fludrocortisone 0.1 mg TABLET MO</i>	2	
<i>methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO</i>	2	BvsD
<i>methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION MO</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO</i>	3	
<i>prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET MO</i>	1	BvsD
<i>prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO</i>	1	BvsD
<i>prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK MO</i>	2	
<i>prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO</i>	4	BvsD
<i>prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO</i>	3	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM MO	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET MO	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION MO	4	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE MO	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT MO	4	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION MO	3	PA
octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
<i>methimazole 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO	2	
<i>propylthiouracil 50 mg TABLET</i> MO	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADB 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADB 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADB 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
<i>azathioprine 50 mg TABLET</i> MO	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION AV,DL	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE AV,DL	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
<i>cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO	4	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	4	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	1	
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	4	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	4	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET</i> MO	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET</i> DL	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE AV,DL	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
<i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION AV,DL	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	4	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION AV,DL	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	1	
<i>leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT AV,DL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
<i>methotrexate sodium 2.5 mg TABLET</i> MO	2	BvsD
<i>methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	4	BvsD
<i>mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE</i> MO	2	BvsD
<i>mycophenolate mofetil 500 mg TABLET</i> MO	3	BvsD
<i>mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	BvsD
<i>mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC</i> MO	4	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT AV,DL	1	
PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL	1	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE MO	4	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	1	
<i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	4	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 84 días)
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> MO	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION AV,DL	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION AV,DL	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE AV,DL	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,MO	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	4	ST
<i>apraclonidine 0.5 % DROPS</i> MO	3	
<i>atropine 1 % DROPS</i> MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	2	
azelastine 0.05 % DROPS MO	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	2	
brimonidine 0.1 % DROPS MO	4	ST
brimonidine 0.2 % DROPS MO	1	
carteolol 1 % DROPS MO	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS MO	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE MO	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	2	
dorzolamide 2 % DROPS MO	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS MO	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS MO	3	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	4	
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	2	
olopatadine 0.1 % DROPS MO	3	
olopatadine 0.2 % DROPS MO	2	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS MO	2	
proparacaine 0.5 % DROPS MO	2	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO	4	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS MO	2	
sulfacetamide-prednisolone 10%-0.23 % (0.25 %) DROPS MO	2	
timolol maleate 0.25 % DROPS MO	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS MO	1	
tobramycin 0.3 % DROPS MO	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	2	
travoprost 0.004 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

trifluridine 1 % DROPS MO	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS MO	4	QL(2.5 cada 25 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET MO	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER MO	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION MO	4	
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE MO	4	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetic acid 0.25 % SOLUTION MO	2	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	4	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE PDS,MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE</i> DL	4	QL(360 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	3	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO	1	
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE MO	3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS MO	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE PDS,MO	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE PDS,MO	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION MO	4	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
<i>lactated ringers</i> SOLUTION MO	1	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD MO	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
<i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT MO	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
<i>protamine 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
<i>ringer's SOLUTION</i> MO	1	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> MO	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE PDS,MO	1	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> MO	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS MO	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	5	PA
ANALGÉSICOS		
<i>acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION</i> DL	3	QL(2700 cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET</i> DL	3	QL(390 cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET</i> DL	3	QL(180 cada 30 días)
<i>buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY</i> DL	4	PA,QL(4 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE MO	2	QL(60 cada 30 días)
diclofenac potassium 50 mg TABLET MO	2	
diclofenac sodium 1 % GEL MO	3	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS MO	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC MO	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC MO	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. DL	4	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE DL	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION DL	2	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET MO	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET DL	4	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET DL	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Limite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Limite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION</i> MO	2	
<i>ibuprofen 400 mg TABLET</i> MO	1	
<i>ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET</i> MO	1	
<i>indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>indomethacin 75 mg CAPSULE, ER</i> MO	2	
<i>ketorolac 10 mg TABLET</i> MO	2	QL(20 cada 30 días)
<i>meloxicam 15 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>meloxicam 7.5 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg TABLET</i> DL	3	QL(240 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	3	QL(1800 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/ml CONCENTRATE</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/ml SOLUTION</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>methadone 5 mg TABLET</i> DL	3	QL(480 cada 30 días)
<i>methadone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	3	QL(3600 cada 30 días)
<i>methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>morphine 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	3	QL(2700 cada 30 días)
<i>morphine 100 mg TABLET ER</i> DL	3	QL(180 cada 30 días)
<i>morphine 15 mg, 30 mg TABLET</i> DL	3	QL(180 cada 30 días)
<i>morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER</i> DL	3	QL(120 cada 30 días)
<i>morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> DL	3	QL(1350 cada 30 días)
<i>morphine 200 mg TABLET ER</i> DL	3	QL(90 cada 30 días)
<i>morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL	3	QL(540 cada 30 días)
<i>nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET</i> MO	1	
<i>naproxen 250 mg, 375 mg TABLET</i> MO	1	
<i>naproxen 375 mg TABLET, DR/EC</i> MO	1	
<i>naproxen 500 mg TABLET</i> MO	1	
<i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET</i> MO	3	
<i>oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET</i> DL	3	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE</i> DL	4	QL(270 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

oxycodone 5 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	4	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET MO	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. DL	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET DL	2	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR MO	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION MO	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION MO	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION MO	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION MO	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION MO	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL	2	QL(150 cada 30 días)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	3	
clonazepam 2 mg TABLET DL	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	3	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION MO	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg TABLET MO	1	
amoxicillin 875 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET MO	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
azithromycin 250 mg TABLET MO	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION</i> MO	3	
<i>cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK</i> MO	3	
<i>cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK</i> MO	3	
<i>cefixime 400 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION</i> MO	4	
<i>cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION</i> MO	3	
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK</i> MO	3	
<i>cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET</i> MO	3	
<i>cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	3	
<i>cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	2	
<i>ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION</i> MO	4	
<i>ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK</i> MO	4	
<i>ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK</i> MO	3	
<i>cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	2	
<i>cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	
<i>cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	2	
<i>cephalexin 250 mg CAPSULE</i> MO	1	
<i>cephalexin 500 mg CAPSULE</i> MO	1	
<i>chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION</i> MO	2	
<i>ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET</i> MO	4	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET</i> MO	1	
<i>ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET</i> MO	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK</i> MO	2	
<i>clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	3	
<i>clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	2	
<i>clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	2	
<i>CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY</i> MO	4	
<i>clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE</i> MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK MO	4	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	2	
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET MO	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	2	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION DL	5	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK MO	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION MO	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE DL	5	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET MO	2	
levofloxacin 500 mg TABLET MO	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	3	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	4	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL MO	3	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	4	
metronidazole 0.75 % LOTION MO	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL MO	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP MO	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

mondoxylene nl 100 mg CAPSULE MO	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK MO	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK DL	5	
neomycin 500 mg TABLET MO	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET MO	2	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
paromomycin 250 mg CAPSULE MO	4	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	3	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION MO	3	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT MO	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET MO	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION MO	1	
trimethoprim 100 mg TABLET MO	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION MO	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	4	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK MO	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET MO	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	4	
carbamazepine 200 mg TABLET MO	2	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
epitol 200 mg TABLET MO	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	4	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET MO	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION DL	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION MO	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET MO	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET</i> MO	2	
<i>roweepra 500 mg TABLET</i> MO	1	
<i>roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	2	QL(180 cada 30 días)
<i>roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	2	QL(120 cada 30 días)
<i>rufinamide 200 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
<i>rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION</i> MO	4	PA,QL(2760 cada 30 días)
<i>rufinamide 400 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
<i>SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
<i>SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	4	ST,QL(180 cada 30 días)
<i>SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
<i>subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET</i> MO	2	
<i>subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK</i> MO	4	
<i>subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK</i> MO	4	
<i>subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK</i> MO	4	
<i>SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM</i> DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET</i> MO	4	
<i>topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> MO	2	QL(120 cada 30 días)
<i>topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE</i> MO	3	
<i>topiramate 25 mg TABLET</i> MO	2	QL(90 cada 30 días)
<i>valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION</i> MO	3	
<i>valproic acid 250 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION</i> MO	1	
<i>VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL</i> DL	5	QL(10 cada 30 días)
<i>vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>vigabatrin 500 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>vigadrone 500 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 25 días)
<i>vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	PA,QL(900 cada 30 días)
<i>zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> MO	2	
<i>amitriptyline 25 mg TABLET</i> MO	2	
<i>amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR.</i> MO	3	QL(120 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET</i> MO	3	QL(180 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	3	QL(90 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR.</i> MO	3	QL(90 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR.</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
<i>citalopram 10 mg, 40 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	2	
<i>citalopram 20 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> MO	4	
<i>desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> MO	3	
<i>desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET MO	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	4	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	2	
mirtazapine 45 mg TABLET MO	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(90 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET MO	3	
phenelzine 15 mg TABLET MO	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	4	
sertraline 100 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET MO	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	1	
trazodone 300 mg TABLET MO	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
VIIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY MO	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET MO	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET MO	2	
meclizine 25 mg TABLET MO	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	2	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	2	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION MO	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET MO	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION MO	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ondansetron hcl 8 mg TABLET MO	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION MO	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE MO	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY MO	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET MO	4	
promethazine 25 mg TABLET MO	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY MO	3	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION MO	3	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION MO	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION MO	4	
ciclodan 8 % SOLUTION MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM MO	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	3	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	2	
fluconazole 150 mg TABLET MO	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Limite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Limite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION</i> MO	3	
<i>griseofulvin microsize 500 mg TABLET</i> MO	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET</i> MO	4	
<i>itraconazole 100 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>ketoconazole 2 % CREAM</i> MO	2	QL(60 cada 30 días)
<i>ketoconazole 2 % SHAMPOO</i> MO	2	QL(120 cada 30 días)
<i>ketoconazole 200 mg TABLET</i> MO	4	PA
<i>klayesta 100,000 unit/gram POWDER</i> MO	4	PA
<i>miconazole 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	5	
<i>miconazole 150 mg/150 ml PIGGYBACK</i> DL	5	
<i>miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY</i> MO	3	
<i>nyamyc 100,000 unit/gram POWDER</i> MO	4	PA
<i>nystatin 100,000 unit/gram CREAM</i> MO	2	
<i>nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT</i> MO	2	
<i>nystatin 100,000 unit/gram POWDER</i> MO	4	PA
<i>nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION</i> MO	2	
<i>nystatin 500,000 unit TABLET</i> MO	2	
<i>nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM</i> MO	4	
<i>nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT</i> MO	4	
<i>nystop 100,000 unit/gram POWDER</i> MO	4	PA
<i>posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC</i> DL	5	PA
<i>posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION</i> DL	5	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg TABLET</i> MO	1	
<i>terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM</i> MO	2	
<i>terconazole 80 mg SUPPOSITORY</i> MO	3	
<i>voriconazole 200 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	PA
<i>voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET</i> MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> DL	5	PA,QL(400 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Limite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Limite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET MO	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET MO	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
PRIFTIN 150 MG TABLET MO	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET MO	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE MO	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION MO	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET DL	5	PA
TRECTOR 250 MG TABLET MO	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	3	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	5	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	5	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(75 cada 28 días)
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> MO	3	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> MO	4	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	4	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	5	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	5	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	5	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	5	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

dasatinib 140 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO	4	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	2	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	5	PA
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	4	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	5	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION DL	5	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	2	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	5	
exemestane 25 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
floxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION MO	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	5	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION MO	2	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	5	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	4	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE MO	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GRAFAPEX 1 GRAM, 5 GRAM RECON SOLUTION DL	5	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	5	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>idarubicin 1 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION</i> MO	3	
<i>ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION</i> MO	3	
<i>imatinib 100 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>imatinib 400 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 560 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION</i> MO	4	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	5	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

IWILFIN 192 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	5	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>lapatinib 250 mg TABLET DL</i>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL</i>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	4	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION MO	4	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION MO	4	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET DL	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> MO	3	
<i>mesna 400 mg TABLET</i> DL	5	
MESNEX 400 MG TABLET DL	5	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE</i> MO	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	5	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION</i> DL	5	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET</i> DL	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION DL	5	
NUBEQA 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	5	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(10 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	4	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	3	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	5	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
pazopanib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGE0 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	5	
QINLOCK 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET DL	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	5	
<i>sorafenib 200 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION</i> DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>thiotepa 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	
<i>thiotepa 15 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(5 cada 21 días)
<i>topotecan 4 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	
<i>topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION</i> MO	3	
<i>toremifene 60 mg TABLET</i> DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL</i>	5	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>valrubicin 40 mg/ml SOLUTION DL</i>	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO</i>	3	BvsD
<i>vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO</i>	3	BvsD
<i>vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO</i>	3	BvsD
<i>vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO</i>	4	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

VORANIGO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
XALKORI 150 MG PELLETT DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZIIHERA 300 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
<i>albendazole 200 mg TABLET MO</i>	4	
<i>atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO</i>	4	
<i>chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO</i>	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	4	QL(24 cada 30 días)
<i>hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO</i>	2	
<i>hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO</i>	2	
<i>ivermectin 3 mg TABLET MO</i>	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	4	
<i>mefloquine 250 mg TABLET MO</i>	2	
<i>nitazoxanide 500 mg TABLET DL</i>	5	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	BvsD
<i>praziquantel 600 mg TABLET MO</i>	4	
<i>primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET MO</i>	3	
<i>pyrimethamine 25 mg TABLET DL</i>	5	QL(90 cada 30 días)
<i>quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO</i>	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSIKÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
<i>aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO</i>	4	QL(750 cada 30 días)
<i>aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING MO</i>	4	QL(60 cada 30 días)
<i>aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO</i>	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1.6 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
clozapine 100 mg TABLET MO	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET MO	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	3	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION MO	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE</i> MO	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
<i>loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>lurasidone 80 mg TABLET</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>molindone 10 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>molindone 25 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>molindone 5 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION</i> MO	3	
<i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	3	
<i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	3	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
quetiapine 100 mg TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION MO	2	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(4 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
<i>abacavir 20 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	QL(960 cada 30 días)
<i>abacavir 300 mg TABLET</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir 200 mg CAPSULE</i> MO	2	
<i>acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET</i> MO	1	
<i>acyclovir 5 % OINTMENT</i> MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION</i> MO	2	BvsD
<i>adefovir 10 mg TABLET</i> MO	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)
<i>atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>atazanavir 300 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	5	QL(50 cada 365 días)
<i>cidofovir 75 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>darunavir 600 mg TABLET</i> DL	5	QL(60 cada 30 días)
<i>darunavir 800 mg TABLET</i> DL	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz 200 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>efavirenz 50 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(480 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

efavirenz 600 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	4	
etravirine 100 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	4	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
maraviroc 150 mg TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	5	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	3	
ribavirin 200 mg TABLET MO	3	
rimantadine 100 mg TABLET MO	3	
ritonavir 100 mg TABLET MO	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	5	
TYBOST 150 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	3	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION MO	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE MO	4	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION MO	2	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET MO	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET MO	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE MO	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION</i> MO	4	
<i>electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
<i>electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION</i> MO	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION MO	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	4	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	4	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO	4	BvsD
<i>kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION</i> MO	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	2	
<i>klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> MO	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
<i>klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> MO	2	
<i>lactated ringers PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	2	
<i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	4	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION</i> MO	1	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE</i> MO	1	
<i>magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK</i> MO	1	
<i>magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK</i> MO	1	
<i>magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
<i>neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
penicillamine 250 mg TABLET DL	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER MO	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION MO	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID MO	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER MO	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER</i> MO	3	
<i>pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK</i> MO	4	
<i>pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> MO	4	
<i>pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK</i> MO	4	
<i>pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> MO	4	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	4	
<i>prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	4	
<i>prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
<i>ringer's PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
<i>se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET</i> MO	4	
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
<i>sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE</i> MO	4	
<i>sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION</i> MO	2	
<i>sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION</i> MO	2	
<i>sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION</i> MO	2	
<i>sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK</i> MO	2	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> MO	2	
<i>sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION</i> MO	1	
<i>sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION</i> MO	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate POWDER</i> MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
<i>trientine 250 mg CAPSULE</i> DL	5	QL(240 cada 30 días)
<i>trientine 500 mg CAPSULE</i> DL	5	QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	4	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	3	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET MO	2	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	4	
clopidogrel 75 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET MO	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE MO	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION MO	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
<i>prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
<i>tranexamic acid 650 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
<i>warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	1	
<i>warfarin 5 mg TABLET</i> MO	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
<i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	
<i>diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION</i> DL	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE CI,MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
glimepiride 1 mg TABLET MO	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
glipizide 2.5 mg TABLET MO	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	1	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	2	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	2	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	2	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT CI,MO	3	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMALOG MIX 50-50 INSULIN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION CI,MO	2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULIN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION CI,MO	2	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	3	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,MO	2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	2	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION CI,DL	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,DL	5	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
<i>liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR</i> MO	4	PA,QL(9 cada 30 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	
<i>metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET</i> MO	1	
<i>metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	1	QL(120 cada 30 días)
<i>metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>metformin 850 mg TABLET</i> MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(2 cada 28 días)
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET</i> MO	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,MO	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION CI,MO	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(1.5 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN CI,MO	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET MO	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	2	BvsD
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION MO	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	2	QL(45 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> MO	2	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER</i> MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>levocetirizine 5 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO	4	QL(34 cada 30 días)
<i>montelukast 10 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>pirfenidone 267 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>pirfenidone 267 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	5	BvsD
<i>roflumilast 250 mcg TABLET</i> MO	3	QL(28 cada 365 días)
<i>roflumilast 500 mcg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET</i> MO	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(30.6 cada 30 días)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET</i> MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR.</i> MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

<i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	4	
<i>theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION MO</i>	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
<i>wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO</i>	3	QL(60 cada 30 días)
<i>zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET MO</i>	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
<i>betaine 1 gram/scoop POWDER DL</i>	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL</i>	5	
<i>sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET DL</i>	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL</i>	5	
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET DL</i>	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
WELIREG 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION DL	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
------------------------	-------	---

ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DISFUNCION ERECTIL		
<i>sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i>	1	QL(6 cada 30 días)
VITAMINAS Y MINERALES		
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION</i>	1	
<i>dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION</i>	1	
<i>ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE</i>	1	
<i>folic acid 1 mg TABLET</i>	1	
<i>vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE</i>	1	

Su plan de CarePlus tiene cobertura adicional para algunos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte estos medicamentos recetados no se tomará en cuenta para calcular sus costos totales de medicamentos (en otras palabras, la cantidad que usted paga no le ayuda a ser elegible para la cobertura catastrófica).

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

Índice

A

- abacavir... 92
- abacavir-lamivudine... 92
- ABELCET... 72
- ABILIFY ASIMTUFI... 88
- ABILIFY MAINTENA... 88
- abiraterone... 74
- ABRYSVO (PF)... 43
- acamprosate... 24
- acarbose... 102
- accutane... 26
- acebutolol... 14
- acetaminophen-codeine... 55
- acetazolamide... 14
- acetic acid... 51, 59
- acetylcysteine... 51, 106
- acitretin... 26
- ACTHIB (PF)... 43
- ACTIMMUNE... 43
- acyclovir sodium... 92
- acyclovir... 92
- ADACEL(TDAP
ADOLESN/ADULT)(PF)... 43
- ADALIMUMAB-ADAZ... 43
- ADALIMUMAB-ADB... 43
- ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN
CROHNS... 43
- ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN
PS-UV... 43
- adapalene... 27
- ADCETRIS... 74
- adefovir... 92
- ADEMPAS... 106
- adenosine... 14
- ADRIAMYCIN... 74
- ADSTILADRIN... 51
- ADVAIR DISKUS... 106
- ADVAIR HFA... 106
- afirmelle... 32
- AKEEGA... 74
- albendazole... 88
- albuterol sulfate... 106
- ALCAINE... 48
- ALCOHOL PADS... 51
- ALCOHOL PREP PADS... 51
- ALCOHOL SWABS... 51
- ALCOHOL WIPES... 51
- ALECENSA... 74
- alendronate... 22
- alfuzosin... 31
- ALIQOPA... 74
- aliskiren... 15
- allopurinol... 13
- alosetron... 29
- ALPHAGAN P... 48
- alprazolam... 58
- altavera (28)... 32
- ALUNBRIG... 74
- alyacen 1/35 (28)... 32
- alyacen 7/7/7 (28)... 32
- alyq... 106
- amabelz... 32
- amantadine hcl... 13
- ambrisentan... 106
- amethia... 32
- amethyst (28)... 32
- amikacin... 59
- amiloride... 15
- amiloride-hydrochlorothiazide... 15
- aminophylline... 106
- AMINOSYN II 10 %... 96
- AMINOSYN II 7 %... 96
- AMINOSYN II 8.5 %... 96
- AMINOSYN II 8.5
%-ELECTROLYTES... 96
- AMINOSYN M 3.5 %... 96
- AMINOSYN 10 %... 96
- AMINOSYN 7 % WITH
ELECTROLYTES... 96
- AMINOSYN 8.5 %... 96

AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 96
 AMINOSYN-RF 5.2 %... 96
 amiodarone... 15
 amitriptyline... 69
 amlodipine... 15
 amlodipine-atorvastatin... 15
 amlodipine-benazepril... 15
 amlodipine-olmesartan... 15
 amlodipine-valsartan... 15
 ammonium lactate... 27
 amnesteem... 27
 amoxapine... 69
 amoxicillin... 59
 amoxicillin-pot clavulanate... 60
 amphotericin b liposome... 72
 amphotericin b... 72
 ampicillin sodium... 60
 ampicillin... 60
 ampicillin-sulbactam... 60
 anagrelide... 101
 anastrozole... 74
 ANKTIVA... 74
 apraclonidine... 48
 aprepitant... 71
 apri... 32
 APTIOM... 65
 APTIVUS... 92
 aranelle (28)... 32
 ARCALYST... 43
 AREXVY (PF)... 43
 arformoterol... 106
 ARIKAYCE... 60
 aripiprazole... 88
 ARISTADA INITIO... 89
 ARISTADA... 88, 89
 ARMOUR THYROID... 41
 ARNUITY ELLIPTA... 107
 ARRANON... 74
 arsenic trioxide... 74
 asenapine maleate... 89
 ashlyna... 32
 ASPARLAS... 74
 aspirin-dipyridamole... 101
 atazanavir... 92
 atenolol... 15
 atenolol-chlorthalidone... 15
 atomoxetine... 24
 atorvastatin... 15
 atovaquone... 88
 atovaquone-proguanil... 88
 ATROPINE SULFATE (PF)... 49
 atropine... 48
 ATROVENT HFA... 107
 aubra eq... 32
 aubra... 32
 AUGTYRO... 74, 75
 aurovela fe 1.5/30 (28)... 33
 aurovela fe 1-20 (28)... 33
 aurovela 1.5/30 (21)... 32
 aurovela 1/20 (21)... 32
 aurovela 24 fe... 33
 AUSTEDO XR TITRATION
 KT(WK1-4)... 25
 AUSTEDO XR... 24, 25
 AUSTEDO... 24
 AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE...
 51
 AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 51
 AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 51
 AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 52
 AUVELITY... 69
 AUVI-Q... 107
 aviane... 33
 AXTLE... 75
 ayuna... 33
 AYVAKIT... 75
 azacitidine... 75
 azathioprine... 43
 azelaic acid... 27
 azelastine... 49, 107
 azithromycin... 60
 aztreonam... 60
 azurette (28)... 33

B

bacitracin... 49, 60	BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 52	BETASERON... 25
bacitracin-polymyxin b... 49	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 52	betaxolol... 49
baclofen... 12	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 52	bethanechol chloride... 31
bal-care dha... 96	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 52	bexarotene... 75
balsalazide... 23	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 52	BEXSERO... 44
BALVERSA... 75	BD ULTRA-FINE VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 52	bicalutamide... 75
balziva (28)... 33	BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 52	BICILLIN C-R... 60
BAND-AID GAUZE PADS... 52	BELEODAQ... 75	BICILLIN L-A... 60
BAQSIMI... 102	BELSOMRA... 51	BICNU... 75
BARACLUDE... 92	benazepril... 15	BIKTARVY... 92
BAVENCIO... 75	benazepril-hydrochlorothiazide... 15	bisoprolol fumarate... 15
BCG VACCINE, LIVE (PF)... 43	bendamustine... 75	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15
BD ALCOHOL SWABS... 52	BENLYSTA... 43, 44	BIZENGRI... 75
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 52	benztropine... 14	bleomycin... 75
BD ECLIPSE LUER-LOK... 52	BESPONSA... 75	blisovi fe 1.5/30 (28)... 33
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 52	BESREMI... 44	blisovi fe 1/20 (28)... 33
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 52	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 49	blisovi 24 fe... 33
BD INSULIN SYRINGE U-500... 52	betaine... 109	BOOSTRIX TDAP... 44
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 52	betamethasone acet,sod phos... 40	BORDERED GAUZE... 52
BD INSULIN SYRINGE... 52	betamethasone dipropionate... 27	BORTEZOMIB... 75
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 52	betamethasone valerate... 27	BOSULIF... 75
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 52	betamethasone, augmented... 27	BRAFTOVI... 75
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 52		BREO ELLIPTA... 107
		BREZTRI AEROSPHERE... 107
		briellyn... 33
		BRILINTA... 101
		brimonidine... 49
		BRIVIACT... 65

bromocriptine... 14
 BRUKINSA... 75
 budesonide... 23, 107
 bumetanide... 15
 bupivacaine (pf)... 58
 bupivacaine hcl... 58
 buprenorphine hcl... 24
 buprenorphine... 55
 buprenorphine-naloxone... 24
 bupropion hcl (smoking deter)... 24
 bupropion hcl... 69
 buspirone... 58
 busulfan... 75
 BUSULFEX... 75
 butalbital-acetaminop-caf-cod... 52
 butalbital-acetaminophen-caff... 53

C

c-nate dha... 96
 CABENUVA... 92
 cabergoline... 41
 CABOMETYX... 75
 calcipotriene... 27
 calcitonin (salmon)... 22
 calcitriol... 22
 calcium chloride... 96
 calcium gluconate... 96
 CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 75
 camila... 33
 camrese lo... 33
 camrese... 33
 candesartan... 15
 candesartan-hydrochlorothiazid... 15
 CAPLYTA... 89
 CAPRELSA... 75, 76
 captopril... 15
 captopril-hydrochlorothiazide... 16
 carbamazepine... 65, 66
 carbidopa-levodopa... 14
 carbidopa-levodopa-entacapone... 14
 carboplatin... 76
 CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 53
 carglumic acid... 96
 carisoprodol... 106
 carmustine... 76
 carteolol... 49
 cartia xt... 16
 carvedilol... 16
 caspofungin... 72
 CAYSTON... 107
 cefaclor... 60
 cefadroxil... 60
 cefazolin in dextrose (iso-os)... 60
 cefazolin... 60
 cefdinir... 60
 cefepime in dextrose 5 %... 61
 cefepime in dextrose,iso-osm... 61
 cefepime... 61
 cefixime... 61
 cefotetan... 61
 cefoxitin in dextrose, iso-osm... 61
 cefoxitin... 61
 cefpodoxime... 61
 cefprozil... 61
 ceftazidime in d5w... 61
 ceftazidime... 61
 ceftriaxone in dextrose,iso-os... 61
 ceftriaxone... 61
 cefuroxime axetil... 61
 cefuroxime sodium... 61
 celecoxib... 56
 cephalixin... 61
 CEQR SIMPLICITY INSERTER... 53
 CEQR SIMPLICITY... 53
 cetirizine... 107
 chateal eq (28)... 33
 CHEMET... 96
 chloramphenicol sod succinate... 61
 chlorhexidine gluconate... 26
 chloroquine phosphate... 88
 chlorothiazide sodium... 16
 chlorpromazine... 89

chlorthalidone... 16	clindamycin-benzoyl peroxide... 27	clobetasol... 27, 28
cholestyramine (with sugar)... 16	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 97	clobetasol-emollient... 28
cholestyramine light... 16	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 97	clofarabine... 76
cholestyramine-aspartame... 16	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 97	CLOLAR... 76
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 39	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 97	clomipramine... 69
ciclodan... 72	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 97	clonazepam... 59
ciclopirox... 72	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 97	clonidine hcl... 16
cidofovir... 92	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 97	clonidine... 16
cilostazol... 101	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 96	clopidogrel... 101
CIMDUO... 92	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 96	clorazepate dipotassium... 59
cimetidine hcl... 29	CLINIMIX 5%/D20W(SULFITE-FREE)... 96	clotrimazole... 72
cimetidine... 29	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 96	clotrimazole-betamethasone... 72
cinacalcet... 22	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 97	clozapine... 89
ciprofloxacin hcl... 49, 61	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 97	COARTEM... 88
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 61	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 97	COBENFY STARTER PACK... 53
cisplatin... 76	CLINISOL SF 15 %... 97	COBENFY... 53
citalopram... 69	CLINOLIPID... 97	colchicine... 13
cladribine... 76	clobazam... 66	colestipol... 16
claravis... 27		colistin (colistimethate na)... 62
clarithromycin... 61		COLUMVI... 76
CLEOCIN... 61		COMBIGAN... 49
clindamycin hcl... 61		COMBIPATCH... 33
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 62		COMBIVENT RESPIMAT... 107
clindamycin in 5 % dextrose... 62		COMETRIQ... 76
clindamycin palmitate hcl... 62		COMPLERA... 92
clindamycin pediatric... 62		complete natal dha... 97
clindamycin phosphate... 27, 62		compro... 71
		constulose... 29

COPAXONE... 25		DELSTRIGO... 92
COPIKTRA... 76		DENGVAXIA (PF)... 44
CORLOPAM... 16		DEPO-ESTRADIOL... 33
COSENTYX (2 SYRINGES)... 44		DEPO-SUBQ PROVERA 104... 33
COSENTYX PEN (2 PENS)... 44		DERMACEA... 53
COSENTYX PEN... 44		DESCOVY... 92
COSENTYX UNOREADY PEN... 44		desipramine... 69
COSENTYX... 44		desloratadine... 107
COSMEGEN... 76		desmopressin... 39
COTELLIC... 76		desog-e.estradiol/e.estradiol... 33
CREON... 109		desogestrel-ethinyl estradiol... 33
cromolyn... 49, 107		desvenlafaxine succinate... 69
cryselle (28)... 33		dexamethasone intensol... 40
CURITY ALCOHOL SWABS... 53		dexamethasone sodium phos (pf)... 40
CURITY GAUZE... 53		dexamethasone sodium phosphate... 40, 49
cyanocobalamin (vitamin b-12)... 111		dexamethasone... 40
cyclobenzaprine... 106		dexlansoprazole... 29
cyclophosphamide... 76		dexmethylphenidate... 25
cyclosporine modified... 44		dexrazoxane hcl... 77
cyclosporine... 44, 49		dextroamphetamine sulfate... 25
CYRAMZA... 76		dextroamphetamine-amphetamine... 25
cyred eq... 33		dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 97
cyred... 33		dextrose 10 % in water (d10w)... 97
CYSTAGON... 109		dextrose 25 % in water (d25w)... 97
CYSTARAN... 49		dextrose 5 % in water (d5w)... 97
cytarabine (pf)... 76		dextrose 5 %-lactated ringers... 97
cytarabine... 76		
	D	
	dabigatran etexilate... 101	
	dacarbazine... 76	
	dactinomycin... 76	
	dalfampridine... 25	
	danazol... 33	
	dantrolene... 12	
	DANYELZA... 76	
	DANZITEN... 76	
	dapsone... 74	
	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 44	
	daptomycin in 0.9 % sod chlor... 62	
	daptomycin... 62	
	darifenacin... 31	
	darunavir... 92	
	DARZALEX FASPRO... 76	
	DARZALEX... 76	
	dasatinib... 76, 77	
	dasetta 1/35 (28)... 33	
	dasetta 7/7/7 (28)... 33	
	DATROWAY... 77	
	daunorubicin... 77	
	DAURISMO... 77	
	daysee... 33	
	deblitane... 33	
	decitabine... 77	
	deferasirox... 97	

dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 97	dodex... 111	DROXIA... 53
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 97	dofetilide... 17	DUAVEE... 34
dextrose 50 % in water (d50w)... 97	dolishale... 33	duloxetine... 25
dextrose 70 % in water (d70w)... 97	donepezil... 12	DUPIXENT PEN... 44
DIACOMIT... 66	dorzolamide... 49	DUPIXENT SYRINGE... 44
diazepam intensol... 59	dorzolamide-timolol... 49	dutasteride... 31
diazepam... 59, 66	dotti... 34	dutasteride-tamsulosin... 31
diazoxide... 102	DOVATO... 92	d10 %-0.45 % sodium chloride... 97
diclofenac potassium... 56	doxazosin... 17	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 97
diclofenac sodium... 28, 49, 56	doxepin... 59	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 97
dicloxacillin... 62	doxercalciferol... 22	d5 %-0.45 % sodium chloride... 97
dicyclomine... 29, 30	doxorubicin... 77	E
didanosine... 92	doxorubicin, peg-liposomal... 77	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 53
DIFICID... 62	doxy-100... 62	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 53
digitek... 16	doxycycline hyclate... 62	EDURANT... 92
digoxin... 16	doxycycline monohydrate... 62	efavirenz... 92, 93
dihydroergotamine... 13	DRIZALMA SPRINKLE... 25	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 93
dilt-xr... 16	dronabinol... 71	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 93
diltiazem hcl... 16	droperidol... 89	EGRIFTA SV... 40
dimethyl fumarate... 25	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 53	ELAHERE... 77
diphenhydramine hcl... 107	DROPLET INSULIN SYRINGE... 53	electrolyte-a... 98
diphenoxylate-atropine... 30	DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 53	electrolyte-148... 98
disulfiram... 24	DROPLET PEN NEEDLE... 53	electrolyte-48 in d5w... 98
DIURIL... 16	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 53	ELELYSO... 109
divalproex... 66	DROPSAFE PEN NEEDLE... 53	ELIGARD (3 MONTH)... 42
docetaxel... 77	drosiprenone-ethinyl estradiol... 34	ELIGARD (4 MONTH)... 42

ELIGARD (6 MONTH)... 42	enoxaparin... 101	ERYTHROCIN... 62
ELIGARD... 42	enpresse... 34	erythromycin lactobionate... 62
elinest... 34	enskyce... 34	erythromycin with ethanol... 28
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 101	ENSTILAR... 28	erythromycin... 49, 62
ELIQUIS... 101	entacapone... 14	escitalopram oxalate... 70
ELMIRON... 31	entecavir... 93	esomeprazole magnesium... 30
ELREXFIO... 77	ENTRESTO SPRINKLE... 17	estarylla... 34
eluryng... 34	ENTRESTO... 17	estradiol valerate... 34
ELZONRIS... 77	enulose... 30	estradiol... 34
EMCYT... 77	ENVARBUS XR... 44	estradiol-norethindrone acet... 34
EMGALITY PEN... 13	EPCLUSA... 93	ESTRING... 34
EMGALITY SYRINGE... 13	EPIDIOLEX... 66	eszopiclone... 51
EMPLICITI... 77	epinephrine... 107	ethambutol... 74
EMSAM... 70	epirubicin... 77	ethosuximide... 66
emtricitabine... 93	epitol... 66	ethynodiol diac-eth estradiol... 34
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 93	EPIVIR HBV... 93	etodolac... 56
EMTRIVA... 93	EPKINLY... 77	etonogestrel-ethinyl estradiol... 34
emzahh... 34	EPRONTIA... 66	ETOPOPHOS... 77
enalapril maleate... 17	ERBITUX... 77	etoposide... 78
enalapril-hydrochlorothiazide... 17	ergocalciferol (vitamin d2)... 111	etravirine... 93
enalaprilat... 17	ergotamine-caffeine... 13	EULEXIN... 78
endocet... 56	eribulin... 77	EUTHYROX... 41
ENDOMETRIN... 34	ERIVEDGE... 77	everolimus (antineoplastic)... 78
ENGERIX-B (PF)... 44	ERLEADA... 77	everolimus (immunosuppressive)... 44, 45
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 44	erlotinib... 77	EVOMELA... 78
ENHERTU... 77	errin... 34	EVOTAZ... 93
enilloring... 34	ertapenem... 62	exemestane... 78
	ery pads... 28	

EXKIVITY... 78
EYSUVIS... 49
ezetimibe... 17
ezetimibe-simvastatin... 17

F

falmina (28)... 34
famciclovir... 93
famotidine (pf)... 30
famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 30
famotidine... 30
FANAPT... 89
FARXIGA... 102
FASENRA PEN... 107
febuxostat... 13
feirza... 34
felbamate... 66
felodipine... 17
FEMLYV... 34
fenofibrate micronized... 17
fenofibrate nanocrystallized... 17
fenofibrate... 17
fenofibric acid... 17
fentanyl citrate (pf)... 56
fentanyl citrate... 56
fentanyl... 56
fesoterodine... 31
FETZIMA... 70

FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 102
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 102
FIASP U-100 INSULIN... 103
finasteride... 31
fingolimod... 25
FINTEPLA... 66
FIRDAPSE... 26
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 42
FIRMAGON... 42
flecainide... 17
floxuridine... 78
fluconazole in nacl (iso-osm)... 72
fluconazole... 72
flucytosine... 72
fludarabine... 78
fludrocortisone... 40
flumazenil... 53
flunisolide... 107
fluocinolone acetonide oil... 12
fluocinolone and shower cap... 28
fluocinolone... 28
fluocinonide... 28
fluorometholone... 49
fluorouracil... 28, 78
fluoxetine... 70
fluphenazine decanoate... 89

fluphenazine hcl... 89
flurbiprofen sodium... 49
flurbiprofen... 56
fluticasone propion-salmeterol... 107
fluticasone propionate... 28, 107
fluvastatin... 17
fluvoxamine... 70
folic acid... 111
FOLOTYN... 78
FORTEO... 22
fosamprenavir... 93
fosinopril... 17
fosinopril-hydrochlorothiazide... 17
fosphenytoin... 66
FOTIVDA... 78
FRUZAQLA... 78
furosemide... 17
FUZEON... 93
FYARRO... 78
FYCOMPA... 66

G

gabapentin... 66
galantamine... 12
gallifrey... 34
GAMUNEX-C... 45
GARDASIL 9 (PF)... 45
gatifloxacin... 49

GAUZE BANDAGE... 53	glycopyrrolate... 30	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100... 103
GAUZE PAD... 54	GLYXAMBI... 103	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 103
gavilyte-c... 30	GRAFAPEX... 78	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 103
gavilyte-g... 30	granisetron hcl... 71	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 103
gavilyte-n... 30	griseofulvin microsize... 73	HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN... 103
GAVRETO... 78	griseofulvin ultramicrosize... 73	HUMALOG U-100 INSULIN... 103
GAZYVA... 78	guanfacine... 17, 26	HUMATIN... 63
gefitinib... 78	H	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START... 45
gemcitabine... 78	HAEGARDA... 45	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS... 45
gemfibrozil... 17	hailey fe 1.5/30 (28)... 35	HUMIRA PEN... 45
GEMTESA... 32	hailey fe 1/20 (28)... 35	HUMIRA... 45
generlac... 30	hailey 24 fe... 34	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 45
gentamicin in nacl (iso-osm)... 63	hailey... 34	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 45
gentamicin sulfate (ped) (pf)... 63	HALAVEN... 78	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 45
gentamicin sulfate (pf)... 63	haloette... 35	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 45
gentamicin... 49, 62, 63	haloperidol decanoate... 89	HUMIRA(CF) PEN... 45
GENVOYA... 93	haloperidol lactate... 89, 90	HUMIRA(CF)... 45
GILOTRIF... 78	haloperidol... 89	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN... 103
glatiramer... 26	HAVRIX (PF)... 45	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN... 103
glatopa... 26	heather... 35	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN... 103
GLEOSTINE... 78	heparin (porcine)... 101	
glimepiride... 103	heparin, porcine (pf)... 101	
glipizide... 103	HEPLISAV-B (PF)... 45	
glipizide-metformin... 103	HIBERIX (PF)... 45	
glyburide micronized... 103	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100... 103	
glyburide... 103	HUMALOG KWIKPEN INSULIN... 103	
glyburide-metformin... 103		
GLYCOPHOS... 98		

HUMULIN R U-500 (CONC)	idarubicin... 79	INSULIN SYRINGE... 54
INSULIN... 103	IDHIFA... 79	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 54
HUMULIN R U-500 (CONC)	ifosfamide... 79	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE... 54
KWIKPEN... 103	ILEVRO... 49	INTELENCE... 93
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN... 103	imatinib... 79	INTRALIPID... 98
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN... 103	IMBRUVICA... 79	INVEGA HAFYERA... 90
hydralazine... 17, 18	IMDELLTRA... 79	INVEGA SUSTENNA... 90
hydrochlorothiazide... 18	IMFINZI... 79	INVEGA TRINZA... 90
hydrocodone-acetaminophen... 56	imipenem-cilastatin... 63	INVOKAMET XR... 104
hydrocodone-ibuprofen... 56	imipramine hcl... 70	INVOKAMET... 104
hydrocortisone... 23, 28	imipramine pamoate... 70	INVOKANA... 104
hydrocortisone-acetic acid... 12	imiquimod... 28	IONOSOL-B IN D5W... 98
hydromorphone... 56	IMJUDO... 79	IONOSOL-MB IN D5W... 98
hydroxychloroquine... 88	IMKELDI... 79	IPOL... 45
hydroxyurea... 78	IMLYGIC... 79	ipratropium bromide... 107
hydroxyzine hcl... 59	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 45	ipratropium-albuterol... 108
hydroxyzine pamoate... 107	INBRIJA... 14	irbesartan... 18
HYFTOR... 28	incassia... 35	irbesartan-hydrochlorothiazide... 18
I	INCONTROL ALCOHOL PADS... 54	irinotecan... 79
ibandronate... 23	INCRELEX... 40	ISENTRESS HD... 93
IBRANCE... 79	indapamide... 18	ISENTRESS... 93
ibu... 56	indomethacin... 57	isibloom... 35
ibuprofen... 57	INFANRIX (DTAP) (PF)... 45	ISOLYTE S PH 7.4... 98
ibutilide fumarate... 18	INLYTA... 79	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 98
icatibant... 45	INQOVI... 79	ISOLYTE-S... 98
iclevia... 35	INREBIC... 79	isoniazid... 74
ICLUSIG... 79	INSULIN LISPRO... 103	
	INSULIN SYRINGE MICROFINE... 54	

isosorbide dinitrate... 18	J EVTANA... 80	K ISQALI... 80
isosorbide mononitrate... 18	juleber... 35	klayesta... 73
isosorbide-hydralazine... 18	JULUCA... 93	klor-con m10... 98
isotretinoin... 28	junel fe 1.5/30 (28)... 35	KLOR-CON M15... 98
ISTODAX... 79	junel fe 1/20 (28)... 35	klor-con m20... 98
ISUPREL... 18	junel fe 24... 35	KLOR-CON 10... 98
ITOVEBI... 79	junel 1.5/30 (21)... 35	KLOR-CON 8... 98
itraconazole... 73	junel 1/20 (21)... 35	KOSELUGO... 80
IV PREP WIPES... 54	JYLAMVO... 46	KRAZATI... 80
ivermectin... 88	JYNNEOS (PF)... 46	kurvelo (28)... 35
IWILFIN... 80	K	KYPROLIS... 80
IXCHIQ (PF)... 45	KABIVEN... 98	L
IXEMPRA... 80	KADCYLA... 80	l norgest/e.estradiol-e.estrad... 35
IXIARO (PF)... 45	kalliga... 35	labetalol... 18
J	KALYDECO... 108	lacosamide... 66, 67
jaimiess... 35	KANJINTI... 80	lactated ringers... 54, 98
JAKAFI... 80	kariva (28)... 35	lactulose... 30
jantoven... 101	kelnor 1/35 (28)... 35	lamivudine... 93
JANUMET XR... 104	kelnor 1/50 (28)... 35	lamivudine-zidovudine... 94
JANUMET... 104	KERENDIA... 18	lamotrigine... 67
JANUVIA... 104	KESIMPTA PEN... 26	LAMPIT... 88
JARDIANCE... 104	ketoconazole... 73	lanreotide... 42
jasmiel (28)... 35	ketorolac... 49, 57	lansoprazole... 30
JAYPIRCA... 80	KEYTRUDA... 80	LANTUS SOLOSTAR U-100
JEMPERLI... 80	KIMMTRAK... 80	INSULIN... 104
jencycla... 35	KINRIX (PF)... 46	LANTUS U-100 INSULIN... 104
JENTADUETO XR... 104	kionex (with sorbitol)... 98	lapatinib... 80
JENTADUETO... 104	KISQALI FEMARA CO-PACK... 80	larin fe 1.5/30 (28)... 35

larin fe 1/20 (28)... 35	levonorgestrel-ethinyl estrad... 36	lo-zumandimine (28)... 36
larin 1.5/30 (21)... 35	levora-28... 36	LOCOID LIPOCREAM... 29
larin 1/20 (21)... 35	levothyroxine... 41	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 36
larin 24 fe... 35	LEVOXYL... 41	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 36
latanoprost... 49	LEVULAN... 81	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 36
LAZCLUZE... 80	LEXIVA... 94	LOESTRIN 1/20 (21)... 36
leena 28... 35	LIBERVANT... 67	lojaimiess... 36
leflunomide... 46	LIBTAYO... 81	LOKELMA... 98
lenalidomide... 80	lidocaine (pf)... 18	LONSURF... 81
LENVIMA... 80, 81	lidocaine hcl... 58	loperamide... 30
lessina... 35	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 18	lopinavir-ritonavir... 94
letrozole... 81	lidocaine viscous... 58	LOQTORZI... 81
leucovorin calcium... 81	lidocaine... 58	lorazepam intensol... 59
leuprolide (3 month)... 42	lidocaine-epinephrine... 58	lorazepam... 59
leuprolide... 42	lidocaine-prilocaine... 58	LORBRENA... 81
levabuterol tartrate... 108	lincomycin... 63	loryna (28)... 36
levetiracetam in nacl (iso-os)... 67	lindane... 28	losartan... 18
levetiracetam... 67	linezolid in dextrose 5%... 63	losartan-hydrochlorothiazide... 18
LEVO-T... 41	linezolid... 63	LOTEMAX SM... 49
levobunolol... 49	linezolid-0.9% sodium chloride... 63	lovastatin... 18
levocarnitine (with sugar)... 98	LINZESS... 30	low-ogestrel (28)... 36
levocarnitine... 98	liothyronine... 41	loxapine succinate... 90
levocetirizine... 108	liraglutide... 104	lubiprostone... 30
levofloxacin in d5w... 63	lisinopril... 18	LUMAKRAS... 81
levofloxacin... 63	lisinopril-hydrochlorothiazide... 18	LUMIGAN... 49
levoleucovorin calcium... 81	lithium carbonate... 51	LUNSUMIO... 81
levonest (28)... 36	lithium citrate... 51	LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 42
levonorg-eth estrad triphasic... 36	LIVTENCITY... 94	LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 42

LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 42
 LUPRON DEPOT... 42
 LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 42
 LUPRON DEPOT-PED... 42
 lurasidone... 90
 lutera (28)... 36
 LYBALVI... 90
 lyleq... 36
 lyllana... 36
 LYNPARZA... 81
 LYSODREN... 81
 LYTGObI... 81
 LYUMJEV KWIKPEN U-100
 INSULIN... 104
 LYUMJEV KWIKPEN U-200
 INSULIN... 104
 LYUMJEV U-100 INSULIN... 104
 lyza... 36

M

M-M-R II (PF)... 46
 m-natal plus... 98
 magnesium sulfate in d5w... 98
 magnesium sulfate in water... 98
 magnesium sulfate... 98
 malathion... 29
 maraviroc... 94
 MARGENZA... 81
 marlissa (28)... 36
 MARPLAN... 70

MATULANE... 81
 meclizine... 71
 medroxyprogesterone... 36
 mefloquine... 88
 megestrol... 36
 MEKINIST... 81
 MEKTOVI... 81
 meloxicam... 57
 melphalan hcl... 82
 melphalan... 81
 memantine... 12
 MENACTRA (PF)... 46
 MENEST... 36
 MENQUADFI (PF)... 46
 MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 46
 mercaptopurine... 82
 meropenem... 63
 meropenem-0.9% sodium
 chloride... 63
 mesalamine... 23
 mesna... 82
 MESNEX... 82
 metformin... 104
 methadone intensol... 57
 methadone... 57
 methazolamide... 50
 methenamine hippurate... 63
 methimazole... 43

methocarbamol... 106
 methotrexate sodium (pf)... 46
 methotrexate sodium... 46
 methscopolamine... 30
 methsuximide... 67
 methyl dopa... 18
 methyl dopa-hydrochlorothiazide...
 18
 methylphenidate hcl... 26
 methylprednisolone acetate... 40
 methylprednisolone sodium succ...
 40
 methylprednisolone... 40
 metoclopramide hcl... 71
 metolazone... 19
 metoprolol succinate... 19
 metoprolol ta-hydrochlorothiaz...
 19
 metoprolol tartrate... 19
 metronidazole in nacl (iso-os)... 63
 metronidazole... 63
 metyrosine... 19
 MICA FUNGIN IN 0.9 % SODIUM
 CHL... 73
 micafungin... 73
 miconazole-3... 73
 microgestin fe 1.5/30 (28)... 37
 microgestin fe 1/20 (28)... 37
 microgestin 1.5/30 (21)... 36

microgestin 1/20 (21)... 36	MUTAMYCIN... 82	neo-vital rx... 98
microgestin 24 fe... 36	MVASI... 82	neomycin... 64
midodrine... 19	mycophenolate mofetil (hcl)... 46	neomycin-bacitracin-poly-hc... 50
mifepristone... 54	mycophenolate mofetil... 46	neomycin-bacitracin-polymyxin... 50
mili... 37	mycophenolate sodium... 46	neomycin-polymyxin b-dexameth... 50
minocycline... 63	MYLOTARG... 82	neomycin-polymyxin-gramicidin... 50
minoxidil... 19	MYRBETRIQ... 32	neomycin-polymyxin-hc... 12, 50
MIRENA... 54	N	NEONATAL COMPLETE... 99
mirtazapine... 70	nabumetone... 57	NEONATAL PLUS VITAMIN... 99
misoprostol... 30	nadolol... 19	NEONATAL-DHA... 99
mitomycin... 82	nafacillin in dextrose iso-osm... 64	NERLYNX... 82
mitoxantrone... 82	nafacillin... 64	nevirapine... 94
modafinil... 51	naloxone... 24	NEXPLANON... 37
moexipril... 19	naltrexone... 24	NEXTERONE... 19
molindone... 90	NAMZARIC... 12	niacin... 19
mometasone... 29, 108	NANO PEN NEEDLE... 54	niacor... 19
mondoxyne nl... 64	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 54	NICOTROL NS... 24
mono-linyah... 37	naproxen sodium... 57	nifedipine... 19
montelukast... 108	naproxen... 57	nikki (28)... 37
morphine concentrate... 57	naratriptan... 13	nilutamide... 82
morphine... 57	NATAZIA... 37	nimodipine... 19
MOUNJARO... 104	nateglinide... 104	NINLARO... 82
MOVANTIK... 30	NATPARA... 23	NIPENT... 82
moxifloxacin... 50, 64	NAYZILAM... 67	nisoldipine... 19
moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 64	NAYZILAM... 67	nitazoxanide... 88
MRESVIA (PF)... 46	nebivolol... 19	nitisinone... 109
MULTAQ... 19	necon 0.5/35 (28)... 37	
mupirocin... 29	nefazodone... 70	
	nelarabine... 82	

nitrofurantoin macrocrystal... 64	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 105	ocella... 37
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 64	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 104	octreotide acetate... 42
nitroglycerin in 5 % dextrose... 20	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 104	octreotide,microspheres... 42
nitroglycerin... 19, 20, 54	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 104	ODEFSEY... 94
NITROSTAT... 20	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 105	ODOMZO... 82
NIVESTYM... 101, 102	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 105	OFEV... 108
nizatidine... 30	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 105	ofloxacin... 12, 50, 64
nora-be... 37	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 105	OGSIVEO... 82
norelgestromin-ethin.estradiol... 37	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 105	OJEMDA... 82
norepinephrine bitartrate... 20	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 105	OJJAARA... 82
noreth-ethinyl estradiol-iron... 37	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 105	olanzapine... 90
norethindrone (contraceptive)... 37	NOVOPEN ECHO... 54	olmesartan... 20
norethindrone ac-eth estradiol... 37	NUBEQA... 82	olmesartan-amlodipin-hcthiazyd... 20
norethindrone acetate... 37	NUCALA... 108	olmesartan-hydrochlorothiazide... 20
norethindrone-e.estradiol-iron... 37	NUEDEXTA... 26	olopatadine... 50
norgestimate-ethinyl estradiol... 37	NUPLAZID... 90	omega-3 acid ethyl esters... 20
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 99	NUTRILIPID... 99	omeprazole... 30
nortrel 0.5/35 (28)... 37	nyamyc... 73	omeprazole-sodium bicarbonate... 30
nortrel 1/35 (21)... 37	nylia 1/35 (28)... 37	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 54
nortrel 1/35 (28)... 37	nylia 7/7/7 (28)... 37	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 54
nortrel 7/7/7 (28)... 37	nymyo... 37	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 54
nortriptyline... 70	nystatin... 73	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 54
NORVIR... 94	nystatin-triamcinolone... 73	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 54
NOVOLIN N FLEXPEN... 104	nystop... 73	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 104		
NOVOLIN R FLEXPEN... 105		

0

OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 54	ORGOVYX... 83	pazopanib... 83
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 54	ORSERDU... 83	PEDIARIX (PF)... 46
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 54	oseltamivir... 94	PEDVAX HIB (PF)... 46
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 54	OSPHENA... 37	peg 3350-electrolytes... 31
OMNIPOD GO PODS... 54	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 64	peg-electrolyte soln... 31
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)... 54	oxacillin... 64	PEGASYS... 46
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 54	oxaliplatin... 83	PEMAZYRE... 83
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 54	oxandrolone... 37, 38	pemetrexed disodium... 83
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)... 54	oxcarbazepine... 67	pemetrexed... 83
OMNITROPE... 40	oxybutynin chloride... 32	PEMRYDI RTU... 83
ONCASPAR... 82	oxycodone... 57, 58	PEN NEEDLE, DIABETIC... 55
ondansetron hcl (pf)... 72	oxycodone-acetaminophen... 58	PENBRAYA (PF)... 46
ondansetron hcl... 71, 72	OZEMPIC... 105	penicillamine... 99
ondansetron... 71	P	penicillin g pot in dextrose... 64
ONIVYDE... 82	PACERONE... 20	penicillin g potassium... 64
ONUREG... 82	paclitaxel protein-bound... 83	penicillin g procaine... 64
OPDIVO QVANTIG... 82	paclitaxel... 83	penicillin g sodium... 64
OPDIVO... 82	PADCEV... 83	penicillin v potassium... 64
OPDUALAG... 83	paliperidone... 90	PENTACEL (PF)... 46
OPIPZA... 90	pamidronate... 23	pentamidine... 88
OPSUMIT... 108	PANRETIN... 83	pentoxifylline... 20
OPSYNVI... 108	pantoprazole in 0.9% sod chlor... 31	PERIKABIVEN... 99
OPVEE... 24	pantoprazole... 31	perindopril erbumine... 20
	paraplatin... 83	perio gard... 26
	paricalcitol... 23	PERJETA... 83
	paromomycin... 64	permethrin... 29
	paroxetine hcl... 70	perphenazine... 90
	PAXLOVID... 94	perphenazine-amitriptyline... 70

pfizerpen-g... 64	polymyxin b sulfate... 64	prasugrel hcl... 102
phenelzine... 70	POMALYST... 83	pravastatin... 20
phenobarbital... 67	portia 28... 38	praziquantel... 88
PHENYTEK... 67	PORTRAZZA... 83	prazosin... 20
phenytoin sodium extended... 68	posaconazole... 73	prednisolone acetate... 50
phenytoin sodium... 67	potassium acetate... 99	prednisolone sodium phosphate... 40, 50
phenytoin... 67	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 99	prednisolone... 40
philith... 38	potassium chloride in lr-d5... 99	prednisone intensol... 40
PIFELTRO... 94	potassium chloride in water... 99	prednisone... 40
pilocarpine hcl... 26, 50	potassium chloride in 0.9%nacl... 99	pregabalin... 26
pimecrolimus... 29	potassium chloride in 5 % dex... 99	PREHEVBRIO (PF)... 46
pimozide... 91	potassium chloride... 99	PREMARIN... 38
pimtrea (28)... 38	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 99	PREMASOL 10 %... 100
pioglitazone... 105	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 99	PRENATA... 100
pioglitazone-metformin... 105	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 99	PRENATABS FA... 100
piperacillin-tazobactam... 64	potassium chloride-0.45 % nacl... 99	prenatal plus (calcium carb)... 100
PIQRAY... 83	potassium citrate... 100	prenatal plus vitamin-mineral... 100
pirfenidone... 108	POTELIGEO... 83	PRENATE ELITE... 100
piroxicam... 58	pr natal 400 ec... 100	prevalite... 20
PLASMA-LYTE A... 99	pr natal 400... 100	PREVYMIS... 94
PLASMA-LYTE 148... 99	pr natal 430 ec... 100	PREZCOBIX... 94
PLENAMINE... 99	pr natal 430... 100	PREZISTA... 94
podofilox... 29	pralatrexate... 83	PRIFTIN... 74
POLIVY... 83	pramipexole... 14	primaquine... 88
polocaine... 58		primidone... 68
polocaine-mpf... 58		PRIMSOL... 64
polycin... 50		PRIORIX (PF)... 46
polymyxin b sulf-trimethoprim... 50		

PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 55	pyrazinamide... 74	REPATHA SYRINGE... 21
probenecid... 13	pyridostigmine bromide... 13	RETACRIT... 102
probenecid-colchicine... 13	pyrimethamine... 88	RETEVMO... 84
procainamide... 20	Q	RETROVIR... 94
prochlorperazine edisylate... 72	QINLOCK... 84	REVUFORJ... 84
prochlorperazine maleate... 72	QUADRACEL (PF)... 47	REXULTI... 91
prochlorperazine... 72	quetiapine... 91	REYATAZ... 95
procto-med hc... 29	quinapril... 20	REZLIDHIA... 84
proctosol hc... 29	quinapril-hydrochlorothiazide... 20	RHOPHYLAC... 47
proctozone-hc... 29	quinidine sulfate... 21	RHOPRESSA... 50
progesterone micronized... 38	quinine sulfate... 88	RIABNI... 84
progesterone... 38	QULIPTA... 13	ribavirin... 95
PROGRAF... 46	R	rifabutin... 74
PROLIA... 23	RABAVERT (PF)... 47	rifampin... 74
PROMACTA... 102	rabeprazole... 31	riluzole... 26
promethazine... 72	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP... 26	rimantadine... 95
propafenone... 20	RADICAVA ORS... 26	ringer's... 55, 100
proparacaine... 50	raloxifene... 38	RINVOQ LQ... 47
propranolol... 20	ramipril... 21	RINVOQ... 47
propranolol-hydrochlorothiazid... 20	ranolazine... 21	risedronate... 23
propylthiouracil... 43	rasagiline... 14	RISPERDAL CONSTA... 91
PROQUAD (PF)... 47	reclipsen (28)... 38	risperidone... 91
PROSOL 20 %... 100	RECOMBIVAX HB (PF)... 47	ritonavir... 95
protamine... 55	RELENZA DISKHALER... 94	rivastigmine tartrate... 12
protriptyline... 70	repaglinide... 105	rivastigmine... 12
PULMOZYME... 108	REPATHA PUSHTRONEX... 21	rizatriptan... 13
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 55	REPATHA SURECLICK... 21	ROCKLATAN... 50
PURIXAN... 84		roflumilast... 108

romidepsin... 84	scopolamine base... 72	sodium chloride 5 % hypertonic... 100
ropinirole... 14	se-natal 19 chewable... 100	sodium chloride... 55, 100
ropivacaine (pf)... 58	SECUADO... 91	sodium oxybate... 51
rosuvastatin... 21	selegiline hcl... 14	sodium phenylbutyrate... 109
ROTARIX... 47	selenium sulfide... 29	sodium phosphate... 100
ROTATEQ VACCINE... 47	SELZENTRY... 95	sodium polystyrene sulfonate... 100
roweepra xr... 68	sertraline... 70, 71	sodium,potassium,mag sulfates... 31
roweepra... 68	setlakin... 38	solifenacin... 32
ROZLYTREK... 84	sharobel... 38	SOLQUA 100/33... 105
RUBRACA... 84	SHINGRIX (PF)... 47	SOLTAMOX... 84
rufinamide... 68	SIGNIFOR... 42	SOLU-MEDROL (PF)... 41
RUKOBIA... 95	sildenafil (pulm.hypertension)... 108	SOLU-MEDROL... 41
RUXIENCE... 84	sildenafil... 111	SOMAVERT... 42, 43
RYBELSUS... 105	silodosin... 32	sorafenib... 84
RYBREVANT... 84	silver sulfadiazine... 29	sorine... 21
RYDAPT... 84	SIMBRINZA... 50	sotalol af... 21
RYLAZE... 84	simliya (28)... 38	sotalol... 21
RYTARY... 14	simpesse... 38	SPIRIVA RESPIMAT... 108
RYTELO... 84	simvastatin... 21	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 108
	sirolimus... 47	spironolacton-hydrochlorothiaz... 21
S	SIRTURO... 74	spironolactone... 21
sajazir... 47	SKYRIZI... 47	sprintec (28)... 38
SANDIMMUNE... 47	SMOFLIPID... 100	SPRITAM... 68
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 42	sodium bicarbonate... 100	SPRYCEL... 84
SANTYL... 29	sodium chloride 0.45 %... 100	SPS (WITH SORBITOL)... 100
sapropterin... 109	sodium chloride 0.9 %... 100	sronyx... 38
SARCLISA... 84	sodium chloride 3 % hypertonic... 100	
saxagliptin... 105		
SCEMBLIX... 84		

SSD... 29

stavudine... 95

STELARA... 47

STIOLTO RESPIMAT... 108

STIVARGA... 84

STRENSIQ... 109

streptomycin... 64

STRIBILD... 95

STRIVERDI RESPIMAT... 108

subvenite starter (blue) kit... 68

subvenite starter (green) kit... 68

subvenite starter (orange) kit... 68

subvenite... 68

sucralfate... 31

SUFLAVE... 31

sulfacetamide sodium (acne)... 64

sulfacetamide sodium... 50, 64

sulfacetamide-prednisolone... 50

sulfadiazine... 64

sulfamethoxazole-trimethoprim... 65

sulfasalazine... 24

sulindac... 58

sumatriptan succinate... 13

sumatriptan... 13

sunitinib malate... 85

SUNLENCA... 95

SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 55

SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 55

SUTAB... 31

syeda... 38

SYMBICORT... 108

SYMPAZAN... 68

SYMTUZA... 95

SYNJARDY XR... 105

SYNJARDY... 105

SYNRIBO... 85

SYNTHROID... 41

T

TABRECTA... 85

tacrolimus... 29, 47

tadalafil (pulm. hypertension)... 108

tadalafil... 32

TAFINLAR... 85

TAGRISSO... 85

TALICIA... 31

TALVEY... 85

TALZENNA... 85

tamoxifen... 85

tamsulosin... 32

tarina fe 1-20 eq (28)... 38

tarina fe 1/20 (28)... 38

tarina 24 fe... 38

TASIGNA... 85

tasimelteon... 51

tazarotene... 29

taztia xt... 21

TAZVERIK... 85

TDVAX... 47

TECENTRIQ HYBREZA... 85

TECENTRIQ... 85

TECVAYLI... 85

TEFLARO... 65

telmisartan... 21

telmisartan-amlodipine... 21

telmisartan-hydrochlorothiazid... 21

temazepam... 51

temsirolimus... 85

TENIVAC (PF)... 47, 48

tenofovir disoproxil fumarate... 95

TEPMETKO... 85

terazosin... 21

terbinafine hcl... 73

terconazole... 73

teriflunomide... 26

testosterone cypionate... 38

testosterone enanthate... 38

testosterone... 38

tetrabenazine... 26

TEVIMBRA... 85

THALOMID... 85

theophylline in dextrose 5 %... 109	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 105	tri-lo-estarylla... 38
theophylline... 108, 109	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 105	tri-lo-marzia... 39
thioridazine... 91	TPN ELECTROLYTES... 100	tri-lo-mili... 39
thiotepa... 85	TRADJENTA... 105	tri-lo-sprintec... 39
thiothixene... 91	tramadol... 58	tri-mili... 39
tiadylt er... 21	trandolapril... 21	tri-nymyo... 39
tiagabine... 68	trandolapril-verapamil... 22	tri-sprintec (28)... 39
TIBSOVO... 85	tranexamic acid... 102	tri-vylibra lo... 39
TICOVAC... 48	tranylcypromine... 71	tri-vylibra... 39
tigecycline... 65	TRAVASOL 10 %... 100	triamcinolone acetonide... 26, 41
tilia fe... 38	travoprost... 50	triamterene-hydrochlorothiazid... 22
timolol maleate... 21, 50	TRAZIMERA... 86	triderm... 41
tinidazole... 65	trazodone... 71	trientine... 100
TIROSINT-SOL... 41	TRECATOR... 74	trifluoperazine... 91
TIVDAK... 85	TRELEGY ELLIPTA... 109	trifluridine... 51
TIVICAY PD... 95	TRELSTAR... 43	trihexyphenidyl... 14
TIVICAY... 95	TREMFYA PEN... 48	TRIJARDY XR... 105, 106
tizanidine... 12	TREMFYA... 48	TRIKAFTA... 109
tobramycin in 0.225 % nacl... 65	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 105	trimethoprim... 65
tobramycin sulfate... 65	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 105	trimipramine... 71
tobramycin... 50	TRESIBA U-100 INSULIN... 105	trinatal rx 1... 101
tobramycin-dexamethasone... 50	tretinoin (antineoplastic)... 86	TRINTELLIX... 71
tolterodine... 32	tretinoin... 29	TRISENOX... 86
topiramate... 68	tri-estarylla... 38	TRIUMEQ PD... 95
topotecan... 85	tri-legest fe... 38	TRIUMEQ... 95
toremifene... 85	tri-linyah... 38	trivora (28)... 39
torpenz... 85		TRIZIVIR... 95
torse mide... 21		

TRODELVY... 86	UNITUXIN... 86	velivet triphasic regimen (28)... 39
TROGARZO... 95	ursodiol... 31	VELLIDY... 95
TROPHAMINE 10 %... 101	V	VENCLEXTA STARTING PACK... 86
tropium... 32	valacyclovir... 95	VENCLEXTA... 86
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 55	VALCHLOR... 86	venlafaxine... 71
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 55	valganciclovir... 95	VENTOLIN HFA... 109
TRULICITY... 106	valproate sodium... 68	verapamil... 22
TRUMENBA... 48	valproic acid (as sodium salt)... 68	VERQUVO... 22
TRUQAP... 86	valproic acid... 68	VERSACLOZ... 91
TUKYSA... 86	valrubicin... 86	VERZENIO... 86
tulana... 39	valsartan... 22	vestura (28)... 39
TURALIO... 86	valsartan-hydrochlorothiazide... 22	vienna... 39
turqoz (28)... 39	VALSTAR... 86	vigabatrin... 68
TWINRIX (PF)... 48	VALTOCO... 68	vigadrone... 68, 69
TYBOST... 95	valtya... 39	VIGAFYDE... 69
TYMLOS... 23	vancomycin in dextrose 5 %... 65	vigpoder... 69
TYPHIM VI... 48	vancomycin in 0.9 % sodium chl... 65	VIIBRYD... 71
U	vancomycin... 65	vilazodone... 71
UBRELVY... 13	vancomycin-diluent combo no.1... 65	vinblastine... 86
UDENYCA AUTOINJECTOR... 102	VANFLYTA... 86	vincasar pfs... 86
UDENYCA ONBODY... 102	VAQTA (PF)... 48	vincristine... 86
UDENYCA... 102	varenicline tartrate... 24	vinorelbine... 86
ULTILET ALCOHOL SWAB... 55	VARIVAX (PF)... 48	viorele (28)... 39
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)... 55	VASCEPA... 22	VIRACEPT... 95
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE... 55	VAXCHORA VACCINE... 48	VIREAD... 96
ULTRA-FINE PEN NEEDLE... 55	VECTIBIX... 86	virt-nate dha... 101
UNITHROID... 41		vitamin d2... 111
		VITRAKVI... 86

VIVITROL... 24

VIZIMPRO... 86

VOCABRIA... 96

volnea (28)... 39

VONJO... 86

VORANIGO... 86, 87

voriconazole... 73

VOSEVI... 96

VOWST... 31

VRAYLAR... 91

VUMERITY... 26

vyfemla (28)... 39

vylibra... 39

VYLOY... 87

VYNDAMAX... 109

VYVGART HYTRULO... 13

VYVGART... 13

VYXEOS... 87

VYZULTA... 51

W

warfarin... 102

water for irrigation, sterile... 55

WEBCOL... 55

WELIREG... 109

wera (28)... 39

wesnatal dha complete... 101

wesnate dha... 101

westab plus... 101

wixela inhub... 109

wymzya fe... 39

X

XALKORI... 87

XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 102

XARELTO... 102

XATMEP... 48

XCOPRI MAINTENANCE PACK... 69

XCOPRI TITRATION PACK... 69

XCOPRI... 69

XDEMVY... 55

XGEVA... 23

XIFAXAN... 31

XIGDUO XR... 106

XOLAIR... 48

XOSPATA... 87

XPOVIO... 87

XTANDI... 87

xulane... 39

Y

YERVOY... 87

YF-VAX (PF)... 48

YONDELIS... 87

Z

zafemy... 39

zafirlukast... 109

zaleplon... 51

ZALTRAP... 87

ZANOSAR... 87

zarah... 39

ZARXIO... 102

ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 106

ZEGALOGUE SYRINGE... 106

ZEJULA... 87

ZELBORAF... 87

ZEMAIRA... 109, 110

zenatane... 29

ZENPEP... 110

ZEPZELCA... 87

ZEVALIN (Y-90)... 55

zidovudine... 96

ZIIHERA... 87

ziprasidone hcl... 91

ziprasidone mesylate... 91

ZIRABEV... 87

ZIRGAN... 96

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 23

zoledronic acid... 23

zoledronic acid-mannitol-water... 23

ZOLINZA... 87

zolpidem... 51

ZONISADE... 69

zonisamide... 69

zovia 1-35 (28)... 39
ZTALMY... 69
ZUBSOLV... 24
zumandimine (28)... 39
ZURZUVAE... 71
ZYDELIG... 87
ZYKADIA... 87
ZYNLONTA... 88
ZYNYZ... 88
ZYPITAMAG... 22
ZYPREXA RELPREV... 91, 92

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 277810, Miramar, FL 33027, **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Este aviso está disponible en

[es-www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services](http://www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services).

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907

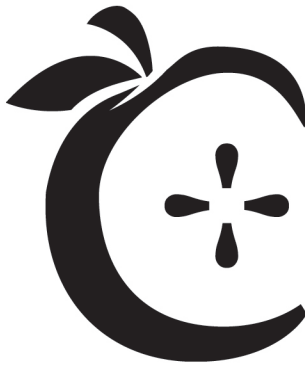
(TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



CarePlusHealthPlans.com

Contract/PBP: H1019-001, 006, 043, 057, 065, 076, 094, 098, 103, 104, 113, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 144, 148, 149

Este formulario fue actualizado en 03/01/2025. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al 1-800-794-5907 o para usuarios de TTY, 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite CarePlusHealthPlans.com.