

**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 10/16/2024. 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).

CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)  
CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

**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 del 1 de enero 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](http://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.

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 del 1 de enero 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](http://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 108. 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).

## ¿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](http://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.

Por lo general, CarePlus solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan 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 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](http://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](http://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 108.

Su plan incluye el **Beneficio de Copago de \$0**. Para obtener información adicional sobre este beneficio y requisitos de elegibilidad, vea su Evidencia de cobertura. 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 107.

Su plan de tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 107.

## 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
<b>AGENTES ÓTICOS</b>		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS <b>MO</b>	1	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS <b>MO</b>	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION <b>MO</b>	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>		
donepezil 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 23 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	1	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES ANTIESPASTICIDAD</b>		
baclofen 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	
baclofen 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
baclofen 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	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		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
colchicine 0.6 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	1	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	1	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	1	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE <b>MO</b>	1	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE <b>MO</b>	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR <b>MO</b>	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE <b>MO</b>	1	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	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 • 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> <b>MO</b>	1	
<i>benztropine 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>bromocriptine 2.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>	1	
<i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER</i> <b>MO</b>	1	
<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> <b>MO</b>	1	
<i>entacapone 200 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(300 cada 30 días)
<b>INBRIJA 42 MG CAPSULE</b> <b>DL</b>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
<b>INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE</b> <b>DL</b>	1	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> <b>MO</b>	1	
<i>rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	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> <b>MO</b>	1	
<b>RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER</b> <b>MO</b>	1	ST,QL(360 cada 30 días)
<b>RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER</b> <b>MO</b>	1	ST,QL(270 cada 30 días)
<b>RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER</b> <b>MO</b>	1	ST,QL(300 cada 30 días)
<i>selegiline hcl 5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	
<i>selegiline hcl 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR</i> <b>MO</b>	1	
<i>trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
<i>acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	
<i>acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER</i> <b>MO</b>	1	
<i>adenosine 3 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>adenosine 3 mg/ml SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

amiloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
amiodarone 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	1	
bumetanide 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER <b>MO</b>	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	
cholestyramine light 4 gram POWDER <b>MO</b>	1	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET <b>MO</b>	1	
colestipol 1 gram TABLET <b>MO</b>	1	
colestipol 5 gram GRANULES <b>MO</b>	1	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET <b>MO</b>	1	
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <b>MO</b>	1	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	1	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE <b>MO</b>	1	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

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

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

hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lisinopril 30 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
methyl dopa 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
methyl dopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
metirosine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
MULTAQ 400 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
nebivolol 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	1	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
niacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
niacor 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	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. <b>MO</b>	1	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

olmesartan 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET <b>MO</b>	1	
pacerone 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER <b>MO</b>	1	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
prevalite 4 gram POWDER <b>MO</b>	1	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <b>MO</b>	1	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	1	PA,QL(3 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 • ST - Terapia por fases

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

rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
spironolactone 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
torse mide 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
valsartan 160 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	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 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 • ST - Terapia por fases

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

valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	1	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. <b>MO</b>	1	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <b>MO</b>	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	1	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	1	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE <b>MO</b>	1	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(10 cada 21 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 • ST - Terapia por fases

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

paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE <b>MO</b>	1	
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	1	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	PA,QL(100 cada 365 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO</b>		
balsalazide 750 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <b>MO</b>	1	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <b>MO</b>	1	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

<i>disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i> <b>MO</b>	1	QL(2 cada 30 días)
<i>naltrexone 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(2 cada 30 días)
<i>varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK</i> <b>MO</b>	1	QL(53 cada 28 días)
<i>varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	1	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 <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<i>atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR.</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	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 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 • ST - Terapia por fases



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

<i>dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(150 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46) CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
<i>dimethyl fumarate 240 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<b>DRIZALMA</b> SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>fingolimod 0.5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<b>FIRDAPSE</b> 10 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>glatiramer 20 mg/ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>glatiramer 40 mg/ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>glatopa 20 mg/ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>glatopa 40 mg/ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<b>KESIMPTA</b> PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
<i>methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER</i> <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<b>NUEDEXTA</b> 20-10 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	1	
perio gard 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
acutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	PA
adapalene 0.3 % GEL <b>MO</b>	1	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP <b>MO</b>	1	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM <b>MO</b>	1	
ammonium lactate 12 % LOTION <b>MO</b>	1	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
azelaic acid 15 % GEL <b>MO</b>	1	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

<i>betamethasone, augmented 0.05 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % GEL</i> <b>MO</b>	1	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % LOTION</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	QL(100 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	
<i>clindamycin phosphate 1 % GEL</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SWAB</i> <b>MO</b>	1	
<i>clobetasol 0.05 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % GEL</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % LOTION</i> <b>MO</b>	1	QL(240 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(100 cada 30 días)
<i>clobetasol-emollient 0.05 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>diclofenac sodium 3 % GEL</i> <b>MO</b>	1	PA
<i>ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>ery pads 2 % SWAB</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.01 % OIL</i> <b>MO</b>	1	QL(118.28 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.01 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.025 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone 0.025 % OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL</i> <b>MO</b>	1	QL(118.28 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % GEL</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluocinonide 0.05 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>fluorouracil 2 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>fluorouracil 5 % CREAM</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

fluorouracil 5 % SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	1	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL <b>DL</b>	1	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
lindane 1 % SHAMPOO <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION <b>MO</b>	1	
mometasone 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT <b>MO</b>	1	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
permethrin 5 % CREAM <b>MO</b>	1	
pimecrolimus 1 % CREAM <b>MO</b>	1	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT <b>MO</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM <b>MO</b>	1	
SSD 1 % CREAM <b>MO</b>	1	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(200 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 • ST - Terapia por fases

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

tazarotene 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL <b>MO</b>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL <b>MO</b>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
dexlansoprazole 30 mg, 60 mg CAPSULE, DR, BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
dicyclomine 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET <b>MO</b>	1	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lactulose 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	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 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 • ST - Terapia por fases

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

LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
MOVANTI 12.5 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1,680 mg, 40-1,680 mg PACKET <b>DL</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
sucrafate 1 gram TABLET <b>MO</b>	1	
sucrafate 100 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET <b>MO</b>	1	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC <b>MO</b>	1	
ursodiol 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ursodiol 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ursodiol 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
VOWST CAPSULE <b>DL</b>	1	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	1	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	1	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)</b>		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

apri 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
camila 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <b>MO</b>	1	QL(8 cada 28 días)
cryelle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 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 • ST - Terapia por fases



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

deblitane 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <b>MO</b>	1	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	1	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT <b>MO</b>	1	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	1	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	1	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
errin 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
estarylla 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	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 <b>MO</b>	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	1	
estradiol 10 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <b>MO</b>	1	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) RING <b>MO</b>	1	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	1	QL(1 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 • ST - Terapia por fases

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

<i>falmina</i> (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	
<i>femynor</i> 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>gallifrey</i> 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>hailey</i> 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>hailey</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>hailey fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>hailey fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>haloette</i> 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	1	QL(1 cada 28 días)
<i>heather</i> 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>iclevia</i> 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
<i>incassia</i> 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>isibloom</i> 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>jaimiess</i> 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
<i>jasmiel</i> (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>jencycla</i> 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>juleber</i> 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>junel</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>junel</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>junel fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>junel fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>junel fe</i> 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>kalliga</i> 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>kariva</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
<i>kelnor</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>kelnor</i> 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>kurvelo</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
<i>larin</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>larin</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	1	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	1	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	1	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>	1	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	1	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
lyleq 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION</i> <b>MO</b>	1	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>mono-lyyah 0.25-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET <b>MO</b>	1	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT <b>DL</b>	1	
<i>nikki (28) 3-0.02 mg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
NORA-BE 0.35 MG TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nora-be 0.35 mg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY</i> <b>MO</b>	1	QL(3 cada 28 días)
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i> CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) 0.35 mg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>norethindrone acetate 5 mg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>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)</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>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</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21)</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg</i> TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>nylia</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>nymyo</i> 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>ocella</i> 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
OSPHENA 60 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA
<i>oxandrolone</i> 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>oxandrolone</i> 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>philith</i> 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>pimtrea</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
<i>portia</i> 28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <b>MO</b>	1	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <b>MO</b>	1	
<i>progesterone</i> 50 mg/ml OIL <b>MO</b>	1	
<i>progesterone</i> micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
<i>raloxifene</i> 60 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>reclipsen</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>setlakin</i> 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
<i>sharobel</i> 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>simliya</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
<i>simpesse</i> 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	1	QL(91 cada 90 días)
<i>sprintec</i> (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>sronyx</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>syeda</i> 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>tarina</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>tarina</i> fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>tarina</i> fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	1	
<i>testosterone</i> 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
<i>testosterone</i> 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
<i>testosterone</i> 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <b>MO</b>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
<i>testosterone</i> cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	1	PA
<i>testosterone</i> enanthate 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	1	PA,QL(25 cada 90 días)
<i>tilia</i> fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	1	
tulana 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	1	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	1	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	1	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	1	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	1	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	1	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>desmopressin 0.1 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>desmopressin 0.2 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <b>DL</b>	1	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)</b>		
<i>betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>fludrocortisone 0.1 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	BvsD
<i>methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK</i> <b>MO</b>	1	
<i>methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION</i> <b>MO</b>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	BvsD
<i>prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	BvsD
<i>prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	BvsD
<i>prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>MO</b>	1	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	
<i>triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM</i> <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)</b>		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET <b>MO</b>	1	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
<i>levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET</i> <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
<i>liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE <b>MO</b>	1	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE <b>MO</b>	1	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE <b>MO</b>	1	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE <b>MO</b>	1	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT <b>MO</b>	1	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	1	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	1	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	1	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <b>MO</b>	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	1	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	PA
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)</b>		
<i>methimazole 10 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>propylthiouracil 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
<i>azathioprine 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(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 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 • ST - Terapia por fases

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

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

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

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 <b>DL</b>	1	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
<i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION <b>AV,DL</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <b>AV,DL</b>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT <b>AV,DL</b>	1	
PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT <b>DL</b>	1	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3-4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	1	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	BvsD
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
<i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 84 días)
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 84 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 • ST - Terapia por fases

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

TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>AV,DL</b>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION <b>AV,DL</b>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE <b>AV,DL</b>	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,MO</b>	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>AV,DL</b>	1	
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
<i>ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	
ALCAINE 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS <b>MO</b>	1	ST
<i>apraclonidine 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>	1	
<i>atropine 1 % DROPS</i> <b>MO</b>	1	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <b>MO</b>	1	
<i>azelastine 0.05 % DROPS</i> <b>MO</b>	1	
<i>bacitracin 500 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
betaxolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
brimonidine 0.1 % DROPS <b>MO</b>	1	ST
brimonidine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	1	
carteolol 1 % DROPS <b>MO</b>	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS <b>MO</b>	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS <b>MO</b>	1	
dorzolamide 2 % DROPS <b>MO</b>	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS <b>MO</b>	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT <b>MO</b>	1	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS <b>MO</b>	1	
gatifloxacin 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT <b>MO</b>	1	
gentamicin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL <b>MO</b>	1	
LUMIGAN 0.01 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
moxifloxacin 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <b>MO</b>	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS <b>MO</b>	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
olopatadine 0.1 % DROPS <b>MO</b>	1	
olopatadine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	1	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS <b>MO</b>	1	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS <b>MO</b>	1	
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS <b>MO</b>	1	
proparacaine 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS <b>MO</b>	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <b>MO</b>	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS <b>MO</b>	1	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <b>MO</b>	1	
timolol maleate 0.25 % DROPS <b>MO</b>	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <b>MO</b>	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
tobramycin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	1	
travoprost 0.004 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS <b>MO</b>	1	
VYZULTA 0.024 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(2.5 cada 25 días)
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES</b>		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER</i> <b>MO</b>	1	
<i>lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
BELSOMRA 10 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>modafinil 100 mg, 200 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(540 cada 30 días)
<i>tasimelteon 20 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
<i>acetic acid 0.25 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	1	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE <b>DL</b></i>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE <b>MO</b></i>	1	QL(180 cada 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE <b>MO</b>	1	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS <b>MO</b>	1	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK <b>DL</b>	1	PA,QL(56 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 • ST - Terapia por fases

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

CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	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 <b>PDS,MO</b>	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>PDS,MO</b>	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<i>flumazenil</i> 0.1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>PDS,MO</b>	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<i>lactated ringers</i> SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,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 • ST - Terapia por fases

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

MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD <b>MO</b>	1	
<i>nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
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 <b>PDS,MO</b>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<i>protamine 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<i>ringer's SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

WEBCOL PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS <b>MO</b>	1	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT <b>DL</b>	1	PA
<b>ANALGÉSICOS</b>		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY <b>DL</b>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
diclofenac potassium 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 1 % GEL <b>MO</b>	1	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS <b>MO</b>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
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. <b>DL</b>	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(390 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 • ST - Terapia por fases

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

hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
ibuprofen 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>	1	
ketorolac 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER <b>DL</b>	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER <b>DL</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

<i>morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	QL(540 cada 30 días)
<i>nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>naproxen 250 mg, 375 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>naproxen 375 mg TABLET, DR/EC</i> <b>MO</b>	1	
<i>naproxen 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>DL</b>	1	QL(270 cada 30 días)
<i>oxycodone 5 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	QL(5400 cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	QL(1800 cada 30 días)
<i>piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	
<i>sulindac 150 mg, 200 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>DL</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE</i> <b>DL</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>tramadol 50 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<i>bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>lidocaine hcl 2 % JELLY</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine hcl 2 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine viscous 2 % SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>DL</b>	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	1	
clonazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	1	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	1	
diazepam 10 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	1	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
amoxicillin 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amoxicillin 875 mg TABLET <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ampicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	1	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET <b>MO</b>	1	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
azithromycin 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <b>MO</b>	1	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
cefadroxil 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
cefdinir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
cefixime 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
cephalexin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET MO</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO</i>	1	
<i>clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO</i>	1	
<i>clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO</i>	1	
<i>clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	1	
<i>CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO</i>	1	
<i>clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE MO</i>	1	
<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO</i>	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO</i>	1	
<i>clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO</i>	1	
<i>clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO</i>	1	
<i>clindamycin phosphate 2 % CREAM MO</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO</i>	1	
<i>daptomycin 350 mg RECON SOLUTION MO</i>	1	
<i>daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL</i>	1	
<i>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</i>	1	
<i>dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO</i>	1	
<i>DIFICID 200 MG TABLET DL</i>	1	
<i>doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg TABLET MO</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO</i>	1	
<i>ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO</i>	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 • ST - Terapia por fases

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

ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
gentamicin 0.1 % CREAM <b>MO</b>	1	
gentamicin 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	1	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	1	
levofloxacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
methenamine hippurate 1 gram TABLET <b>MO</b>	1	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

metronidazole 0.75 % CREAM <b>MO</b>	1	
metronidazole 0.75 % LOTION <b>MO</b>	1	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL <b>MO</b>	1	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP <b>MO</b>	1	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
mondoxylene nl 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
moxifloxacin 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>DL</b>	1	
neomycin 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
paromomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <b>MO</b>	1	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <b>MO</b>	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	1	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
trimethoprim 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
vancomycin 125 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
carbamazepine 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT <b>DL</b>	1	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	1	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
epitol 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	PA,QL(480 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases



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

gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION DL	1	
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	1	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	1	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	1	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	1	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
levetiracetam 500 mg TABLET MO	1	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	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	1	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL	1	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	1	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	1	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	1	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	1	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	1	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION 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 • ST - Terapia por fases

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	1	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
promethazine 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY <b>MO</b>	1	QL(10 cada 30 días)
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>	1	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ciclodan 8 % SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL <b>MO</b>	1	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM <b>MO</b>	1	
clotrimazole 1 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
clotrimazole 10 mg TROCHE <b>MO</b>	1	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
fluconazole 150 mg TABLET <b>MO</b>	1	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
itraconazole 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	1	PA
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK <b>DL</b>	1	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	1	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	1	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM <b>MO</b>	1	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	1	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	1	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
nystatin 500,000 unit TABLET <b>MO</b>	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <b>MO</b>	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <b>MO</b>	1	
nystop 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	1	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <b>DL</b>	1	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <b>MO</b>	1	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	1	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(400 cada 30 días)
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

isoniazid 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET <b>MO</b>	1	
pyrazinamide 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
rifabutin 150 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA
TRECTOR 250 MG TABLET <b>MO</b>	1	
<b>ANTINEOPLÁSICOS</b>		
abiraterone 250 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
AUGTYRO 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
BALVERSA 3 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases



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

BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	BvsD
<i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
COTELLIC 20 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(63 cada 28 días)
<i>cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b></i>	1	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
<i>cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	BvsD
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b></i>	1	BvsD
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>cytarabine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	BvsD
<i>cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	BvsD
<i>dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
<i>dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b></i>	1	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>dasatinib 140 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>dasatinib 20 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
DAURISMO 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>decitabine 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b></i>	1	PA
<i>dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	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 • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	1	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
EULEXIN 125 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
exemestane 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
flouxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION <b>DL</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	1	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
imatinib 100 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

IMBRUVICA 560 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	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> <b>MO</b>	1	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
IWILFIN 192 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	1	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(91 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 • ST - Terapia por fases

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

KOSELUGO 10 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>lapatinib</i> 250 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide</i> 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
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 <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>letrozole</i> 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>leucovorin calcium</i> 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>levoleucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
<i>levoleucovorin calcium</i> 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
LORBRENA 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET <b>DL</b>	1	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>melfalan 2 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	BvsD
<i>melfalan hcl 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	
MESNEX 400 MG TABLET <b>DL</b>	1	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b></i>	1	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b></i>	1	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION <b>DL</b></i>	1	
NERLYNX 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
NUBEQA 300 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(16 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 • ST - Terapia por fases

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

OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION <b>DL</b>	1	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	1	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL <b>DL</b>	1	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
pazopanib 200 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases



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

PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
QINLOCK 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(300 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 • ST - Terapia por fases

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

SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
sorafenib 200 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISO 40 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	
toremifene 60 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(300 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 • ST - Terapia por fases

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

VITRAKVI 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
XALKORI 150 MG PELLETT <b>DL</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ZEJULA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
albendazole 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
COARTEM 20-120 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ivermectin 3 mg TABLET <b>MO</b>	1	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET <b>MO</b>	1	
mefloquine 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
nitazoxanide 500 mg TABLET <b>DL</b>	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET <b>MO</b>	1	
pyrimethamine 25 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	PA,QL(42 cada 7 días)
<b>ANTIPSIKÓTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg <b>SUBLINGUAL TABLET MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG <b>CAPSULE DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg <b>TABLET MO</b>	1	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg <b>TABLET MO</b>	1	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml <b>CONCENTRATE MO</b>	1	
chlorpromazine 25 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
clozapine 100 mg <b>TABLET MO</b>	1	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg <b>TABLET, DISINTEGRATING MO</b>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg <b>TABLET, DISINTEGRATING MO</b>	1	PA
clozapine 150 mg <b>TABLET, DISINTEGRATING MO</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg <b>TABLET MO</b>	1	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg <b>TABLET, DISINTEGRATING MO</b>	1	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg <b>TABLET MO</b>	1	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg <b>TABLET, DISINTEGRATING MO</b>	1	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg <b>TABLET MO</b>	1	
droperidol 2.5 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG <b>TABLET DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) <b>TABLET, DOSE PACK MO</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg <b>TABLET MO</b>	1	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml <b>ELIXIR MO</b>	1	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
fluphenazine hcl 5 mg/ml <b>CONCENTRATE MO</b>	1	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg <b>TABLET MO</b>	1	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
haloperidol lactate 2 mg/ml <b>CONCENTRATE MO</b>	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml <b>SOLUTION MO</b>	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml <b>SYRINGE MO</b>	1	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML <b>SYRINGE</b>	1	QL(3.5 cada 180 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 • ST - Terapia por fases

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

INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	1	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	1	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	1	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	1	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	1	QL(2.63 cada 90 días)
<i>loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b></i>	1	
<i>lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>lurasidone 80 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>molindone 10 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>molindone 25 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>molindone 5 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
<i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	
<i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b></i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b></i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	
<i>pimozide 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	
<i>quetiapine 100 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>quetiapine 150 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b></i>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>quetiapine 200 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b></i>	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 • ST - Terapia por fases

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

quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK <b>MO</b>	1	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	QL(1 cada 28 días)
<b>ANTIVIRALES</b>		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

acyclovir 5 % OINTMENT <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
adefovir 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	
APTIVUS 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER <b>DL</b>	1	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	1	
CIMDUO 300-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir 600-200-300 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	1	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 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 • ST - Terapia por fases

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

EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	1	
<i>etravirine 100 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>etravirine 200 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>fosamprenavir 700 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <b>DL</b>	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(40 cada 5 días)
<i>lamivudine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	QL(900 cada 30 días)
<i>lamivudine 100 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>lamivudine 150 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>lamivudine 300 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(300 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET <b>MO</b></i>	1	QL(150 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b></i>	1	
<i>maraviroc 150 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(240 cada 30 días)
<i>maraviroc 300 mg TABLET <b>DL</b></i>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b></i>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

nevirapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	1	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
PREVMIS 240 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVMIS 480 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	
ribavirin 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ribavirin 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
rimantadine 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ritonavir 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

<i>stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	1	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	1	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	1	
TYBOST 150 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>valganciclovir 450 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>	1	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET <b>DL</b>	1	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
<i>zidovudine 10 mg/ml SYRUP</i> <b>MO</b>	1	QL(1680 cada 28 días)
<i>zidovudine 100 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	QL(180 cada 30 días)
<i>zidovudine 300 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL <b>MO</b>	1	QL(5 cada 30 días)
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS</b>		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
<i>bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> <b>MO</b>	1	
<i>c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>	1	
<i>calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE</i> <b>DL</b>	1	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	1	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 • ST - Terapia por fases

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

complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	1	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA
deferasirox 90 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE <b>MO</b>	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE <b>MO</b>	1	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <b>MO</b>	1	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION <b>MO</b>	1	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION <b>MO</b>	1	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	1	
<i>klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> <b>MO</b>	1	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	1	
<i>klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> <b>MO</b>	1	
<i>lactated ringers PARENTERAL SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>levocarnitine 330 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE</i> <b>MO</b>	1	
<i>magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK</i> <b>MO</b>	1	
<i>magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK</i> <b>MO</b>	1	
<i>magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	1	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	1	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <b>MO</b>	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
NUTRILIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	1	BvsD
<i>penicillamine 250 mg TABLET</i> <b>DL</b>	1	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <b>MO</b>	1	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
<i>potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
<i>potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER</i> <b>MO</b>	1	
<i>potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER</i> <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	1	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	1	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER <b>MO</b>	1	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>	1	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>	1	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <b>MO</b>	1	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <b>MO</b>	1	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	1	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <b>MO</b>	1	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	1	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	1	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	1	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	
SMOFLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	1	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 • ST - Terapia por fases



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

sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE <b>MO</b>	1	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium polystyrene sulfonate POWDER <b>MO</b>	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <b>MO</b>	1	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	1	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES</b>		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	1	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clopidogrel 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clopidogrel 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(74 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 • ST - Terapia por fases

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

ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	1	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 <b>MO</b>	1	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE <b>MO</b>	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	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 <b>MO</b>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
warfarin 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	ST,QL(600 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 • ST - Terapia por fases

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

XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	1	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
<b>REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE</b>		
<i>acarbose</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>diazoxide</i> 50 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	1	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <b>CI,MO</b>	1	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
<i>glimepiride</i> 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glimepiride</i> 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glipizide</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
<i>glipizide</i> 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glipizide</i> 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glipizide-metformin</i> 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glyburide</i> 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glyburide micronized</i> 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<i>glyburide-metformin</i> 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>CI,MO</b>	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,DL</b>	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,DL</b>	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	1	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 <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
<i>liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(9 cada 30 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
<i>metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
<i>metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
<i>metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>metformin 850 mg TABLET</i> <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>CI,MO</b>	1	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)
<i>pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>pioglitazone 30 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
<i>pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
<i>repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET <b>MO</b>	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 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 • ST - Terapia por fases

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

SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>CI,MO</b>	1	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>CI,MO</b>	1	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	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 <b>MO</b>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	1	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
carisoprodol 350 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<b>TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES</b>		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	QL(12 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 • ST - Terapia por fases

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

albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	1	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	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 <b>MO</b>	1	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	1	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <b>MO</b>	1	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	1	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(1 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 • ST - Terapia por fases

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

fluticasolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. <b>MO</b>	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <b>MO</b>	1	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	1	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	1	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET <b>MO</b>	1	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases



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

<i>sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	1	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	QL(10.2 cada 30 días)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR.</i> <b>MO</b>	1	
<i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>	1	
<i>theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION</i> <b>MO</b>	1	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	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 <b>DL</b>	1	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 <b>DL</b>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	1	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
<i>zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)

**TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO**

<i>betaine 1 gram/scoop POWDER</i> <b>DL</b>	1	
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 <b>MO</b>	1	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE <b>MO</b>	1	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
<i>nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>	1	
<i>sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET</i> <b>DL</b>	1	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER</i> <b>DL</b>	1	
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET</i> <b>DL</b>	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 • ST - Terapia por fases

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

STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE <b>DL</b>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
WELIREG 40 MG TABLET <b>DL</b>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	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 <b>MO</b>	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 • ST - Terapia por fases

## Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<b>*MEDICAMENTOS PERSONALIZADOS - CUBIERTOS A TRAVES DE MEDICAID</b>		
<i>folic acid 1 mg TABLET</i>	1	
<i>folic acid 5 mg/ml SOLUTION</i>	1	

\*Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de copago de \$0 en medicamentos recetados.**

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). **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de copago de \$0 en medicamentos recetados.**

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... 88
- abacavir-lamivudine... 88
- ABELCET... 70
- ABILIFY ASIMTUFI... 85
- ABILIFY MAINTENA... 85
- abiraterone... 72
- ABRYSVO (PF)... 42
- acamprosate... 23
- acarbose... 99
- accutane... 26
- acebutolol... 14
- acetaminophen-codeine... 54
- acetazolamide... 14
- acetic acid... 50, 58
- acetylcysteine... 50, 102
- acitretin... 26
- ACTHIB (PF)... 42
- ACTIMMUNE... 42
- acyclovir sodium... 89
- acyclovir... 88, 89
- ADACEL(TDAP  
ADOLESN/ADULT)(PF)... 42
- ADALIMUMAB-ADAZ... 42
- ADALIMUMAB-ADB... 42
- ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN  
CROHNS... 42
- ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN  
PS-UV... 42
- adapalene... 26
- ADCETRIS... 72
- adefovir... 89
- ADEMPAS... 102
- adenosine... 14
- ADRIAMYCIN... 72
- ADSTILADRIN... 50
- ADVAIR DISKUS... 102
- ADVAIR HFA... 102
- afirmelle... 31
- ak-poly-bac... 47
- AKEEGA... 72
- albendazole... 85
- albuterol sulfate... 103
- ALCAINE... 47
- ALCOHOL PADS... 50
- ALCOHOL PREP PADS... 50
- ALCOHOL SWABS... 50
- ALCOHOL WIPES... 50
- ALECENSA... 72
- alendronate... 22
- alfuzosin... 31
- ALIQOPA... 72
- aliskiren... 14
- allopurinol... 13
- alosetron... 29
- ALPHAGAN P... 47
- alprazolam... 57
- altavera (28)... 31
- ALUNBRIG... 72
- alyacen 1/35 (28)... 31
- alyacen 7/7/7 (28)... 31
- alyq... 103
- amabelz... 31
- amantadine hcl... 13
- ambrisentan... 103
- amethia... 31
- amethyst (28)... 31
- amikacin... 58
- amiloride... 15
- amiloride-hydrochlorothiazide... 15
- aminophylline... 103
- AMINOSYN II 10 %... 93
- AMINOSYN II 7 %... 93
- AMINOSYN II 8.5 %... 93
- AMINOSYN II 8.5  
%-ELECTROLYTES... 93
- AMINOSYN M 3.5 %... 93
- AMINOSYN 10 %... 92
- AMINOSYN 7 % WITH  
ELECTROLYTES... 92
- AMINOSYN 8.5 %... 93

AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 93  
 AMINOSYN-RF 5.2 %... 93  
 amiodarone... 15  
 amitriptyline... 67  
 amlodipine... 15  
 amlodipine-atorvastatin... 15  
 amlodipine-benazepril... 15  
 amlodipine-olmesartan... 15  
 amlodipine-valsartan... 15  
 ammonium lactate... 26  
 amnesteem... 26  
 amoxapine... 67  
 amoxicillin... 58  
 amoxicillin-pot clavulanate... 58  
 amphotericin b liposome... 70  
 amphotericin b... 70  
 ampicillin sodium... 58  
 ampicillin... 58  
 ampicillin-sulbactam... 58  
 anagrelide... 97  
 anastrozole... 72  
 ANKTIVA... 72  
 apraclonidine... 47  
 aprepitant... 69  
 apri... 32  
 APTIOM... 63  
 APTIVUS... 89  
 aranelle (28)... 32  
 ARCALYST... 42  
 AREXVY (PF)... 42  
 arformoterol... 103  
 ARIKAYCE... 58  
 aripiprazole... 85  
 ARISTADA INITIO... 86  
 ARISTADA... 85, 86  
 ARMOUR THYROID... 40  
 ARNUITY ELLIPTA... 103  
 ARRANON... 72  
 arsenic trioxide... 72  
 asenapine maleate... 86  
 ashlyna... 32  
 ASPARLAS... 72  
 aspirin-dipyridamole... 97  
 atazanavir... 89  
 atenolol... 15  
 atenolol-chlorthalidone... 15  
 atomoxetine... 24  
 atorvastatin... 15  
 atovaquone... 85  
 atovaquone-proguanil... 85  
 ATROPINE SULFATE (PF)... 47  
 atropine... 47  
 ATROVENT HFA... 103  
 aubra eq... 32  
 aubra... 32  
 AUGTYRO... 72  
 aurovela fe 1.5/30 (28)... 32  
 aurovela fe 1-20 (28)... 32  
 aurovela 1.5/30 (21)... 32  
 aurovela 1/20 (21)... 32  
 aurovela 24 fe... 32  
 AUSTEDO XR TITRATION  
 KT(WK1-4)... 24  
 AUSTEDO XR... 24  
 AUSTEDO... 24  
 AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE...  
 50  
 AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 50  
 AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 50  
 AUVELITY... 67  
 AUVI-Q... 103  
 aviane... 32  
 ayuna... 32  
 AYVAKIT... 72  
 azacitidine... 72  
 azathioprine... 42  
 azelaic acid... 26  
 azelastine... 47, 103  
 azithromycin... 58  
 aztreonam... 58  
 azurette (28)... 32  

**B**

 bacitracin... 47, 58

bacitracin-polymyxin b... 47	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 51	bexarotene... 73
baclofen... 12	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 51	BEXSERO... 43
bal-care dha... 93	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 51	bicalutamide... 73
balsalazide... 23	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 51	BICILLIN C-R... 58
BALVERSA... 72	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 51	BICILLIN L-A... 58
balziva (28)... 32	BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 51	BICNU... 73
BAND-AID GAUZE PADS... 50	BELEODAQ... 73	BIKTARVY... 89
BARACLUDE... 89	BELSOMRA... 50	bisoprolol fumarate... 15
BAVENCIO... 73	benazepril... 15	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15
BCG VACCINE, LIVE (PF)... 42	benazepril-hydrochlorothiazide... 15	bleomycin... 73
BD ALCOHOL SWABS... 50	bendamustine... 73	blisovi fe 1.5/30 (28)... 32
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 50	BENLYSTA... 42	blisovi fe 1/20 (28)... 32
BD ECLIPSE LUER-LOK... 50	benztropine... 14	blisovi 24 fe... 32
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 51	BESPONSA... 73	BOOSTRIX TDAP... 43
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 51	BESREMI... 43	BORDERED GAUZE... 51
BD INSULIN SYRINGE U-500... 51	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 48	BORTEZOMIB... 73
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 51	betaine... 105	BOSULIF... 73
BD INSULIN SYRINGE... 50	betamethasone acet,sod phos... 39	BRAFTOVI... 73
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 51	betamethasone dipropionate... 26	BREO ELLIPTA... 103
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 51	betamethasone valerate... 26	BREZTRI AEROSPHERE... 103
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 51	betamethasone, augmented... 27	briellyn... 32
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 51	BETASERON... 24	BRILINTA... 97
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 51	betaxolol... 48	brimonidine... 48
	bethanechol chloride... 31	BRIVIACT... 64
		bromocriptine... 14
		BRUKINSA... 73
		budesonide... 23, 103
		bumetanide... 15

bupivacaine (pf)... 56  
 bupivacaine hcl... 56  
 buprenorphine hcl... 23  
 buprenorphine... 54  
 buprenorphine-naloxone... 23  
 bupropion hcl (smoking deter)... 23  
 bupropion hcl... 67  
 buspirone... 57  
 busulfan... 73  
 BUSULFEX... 73  
 butalbital-acetaminop-caf-cod... 51  
 butalbital-acetaminophen-caff... 51

**C**

c-nate dha... 93  
 CABENUVA... 89  
 cabergoline... 41  
 CABOMETYX... 73  
 calcipotriene... 27  
 calcitonin (salmon)... 22  
 calcitriol... 22  
 calcium chloride... 93  
 calcium gluconate... 93  
 CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 73  
 CALQUENCE... 73  
 camila... 32  
 camrese lo... 32  
 camrese... 32

candesartan... 15  
 candesartan-hydrochlorothiazid... 15  
 CAPLYTA... 86  
 CAPRELSA... 73  
 captopril... 15  
 captopril-hydrochlorothiazide... 15  
 carbamazepine... 64  
 carbidopa-levodopa... 14  
 carbidopa-levodopa-entacapone... 14  
 carboplatin... 73  
 CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 51  
 carglumic acid... 93  
 carisoprodol... 102  
 carmustine... 73  
 carteolol... 48  
 cartia xt... 16  
 carvedilol... 16  
 caspofungin... 70  
 CAYSTON... 103  
 cefaclor... 58  
 cefadroxil... 59  
 cefazolin in dextrose (iso-os)... 59  
 cefazolin... 59  
 cefdinir... 59  
 cefepime in dextrose 5 %... 59  
 cefepime in dextrose,iso-osm... 59

cefepime... 59  
 cefixime... 59  
 cefotetan... 59  
 cefoxitin in dextrose, iso-osm... 59  
 cefoxitin... 59  
 cefpodoxime... 59  
 cefprozil... 59  
 ceftazidime in d5w... 59  
 ceftazidime... 59  
 ceftriaxone in dextrose,iso-os... 59  
 ceftriaxone... 59  
 cefuroxime axetil... 59  
 cefuroxime sodium... 59  
 celecoxib... 54  
 cephalixin... 59  
 CEQUR SIMPLICITY INSERTER... 51  
 CEQUR SIMPLICITY... 51  
 cetirizine... 103  
 chateal eq (28)... 32  
 CHEMET... 93  
 chloramphenicol sod succinate... 59  
 chlorhexidine gluconate... 26  
 chloroquine phosphate... 85  
 chlorothiazide sodium... 16  
 chlorpromazine... 86  
 chlorthalidone... 16  
 cholestyramine (with sugar)... 16  
 cholestyramine light... 16

cholestyramine-aspartame... 16	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 93	clomipramine... 67
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 38	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 93	clonazepam... 57
ciclodan... 70	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 93	clonidine hcl... 16
ciclopirox... 70	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 93	clonidine... 16
cidofovir... 89	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 93	clopidogrel... 97
cilostazol... 97	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 93	clorazepate dipotassium... 57
CIMDUO... 89	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 93	clotrimazole... 70
cimetidine hcl... 29	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 93	clotrimazole-betamethasone... 70
cimetidine... 29	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 93	clozapine... 86
cinacalcet... 22	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 93	COARTEM... 85
ciprofloxacin hcl... 48, 59, 60	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 93	COBENFY STARTER PACK... 51
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 60	CLINISOL SF 15 %... 93	COBENFY... 51
cisplatin... 73	CLINOLIPID... 93	colchicine... 13
citalopram... 67	clobazam... 64	colestipol... 16
cladribine... 73	clobetasol... 27	colistin (colistimethate na)... 60
claravis... 27	clobetasol-emollient... 27	COLUMVI... 73
clarithromycin... 60	clofarabine... 73	COMBIGAN... 48
CLEOCIN... 60	CLOLAR... 73	COMBIPATCH... 32
clindamycin hcl... 60		COMBIVENT RESPIMAT... 103
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 60		COMETRIQ... 74
clindamycin in 5 % dextrose... 60		COMPLERA... 89
clindamycin palmitate hcl... 60		complete natal dha... 94
clindamycin pediatric... 60		compro... 69
clindamycin phosphate... 27, 60		constulose... 29
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 93		COPAXONE... 24
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 93		COPIKTRA... 74
		CORLOPAM... 16
		COSENTYX (2 SYRINGES)... 43



COSENTYX PEN (2 PENS)... 43  
COSENTYX PEN... 43  
COSENTYX UNOREADY PEN... 43  
COSENTYX... 43  
COSMEGEN... 74  
COTELLIC... 74  
CREON... 105  
cromolyn... 48, 103  
cryselle (28)... 32  
CURITY ALCOHOL SWABS... 52  
CURITY GAUZE... 52  
cyclobenzaprine... 102  
cyclophosphamide... 74  
cyclosporine modified... 43  
cyclosporine... 43, 48  
CYRAMZA... 74  
cyred eq... 32  
cyred... 32  
CYSTAGON... 105  
CYSTARAN... 48  
cytarabine (pf)... 74  
cytarabine... 74

**D**

dabigatran etexilate... 97  
dacarbazine... 74  
dactinomycin... 74  
dalfampridine... 24  
danazol... 32  
dantrolene... 12  
DANYELZA... 74  
dapsona... 71  
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 43  
daptomycin in 0.9 % sod chlor... 60  
daptomycin... 60  
darifenacin... 31  
darunavir... 89  
DARZALEX FASPRO... 74  
DARZALEX... 74  
dasatinib... 74  
dasetta 1/35 (28)... 32  
dasetta 7/7/7 (28)... 32  
daunorubicin... 74  
DAURISMO... 74  
daysee... 32  
deblitane... 33  
decitabine... 74  
deferasirox... 94  
DELSTRIGO... 89  
DENG VAXIA (PF)... 43  
DEPO-ESTRADIOL... 33  
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 33  
DERMACEA... 52  
DESCOVY... 89  
desipramine... 67  
desloratadine... 103  
desmopressin... 39  
desog-e.estradiol/e.estradiol... 33  
desogestrel-ethinyl estradiol... 33  
desvenlafaxine succinate... 68  
dexamethasone intensol... 39  
dexamethasone sodium phos (pf)... 39  
dexamethasone sodium phosphate... 39, 48  
dexamethasone... 39  
dexlansoprazole... 29  
dexmethylphenidate... 24  
dexrazoxane hcl... 74  
dextroamphetamine sulfate... 25  
dextroamphetamine-amphetamine... 25  
dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 94  
dextrose 10 % in water (d10w)... 94  
dextrose 25 % in water (d25w)... 94  
dextrose 5 % in water (d5w)... 94  
dextrose 5 %-lactated ringers... 94  
dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 94  
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 94  
dextrose 50 % in water (d50w)... 94  
dextrose 70 % in water (d70w)... 94  
DIACOMIT... 64  
diazepam intensol... 57

diazepam... 57, 64  
diazoxide... 99  
diclofenac potassium... 54  
diclofenac sodium... 27, 48, 54  
dicloxacillin... 60  
dicyclomine... 29  
didanosine... 89  
DIFICID... 60  
digitek... 16  
digox... 16  
digoxin... 16  
dihydroergotamine... 13  
dilt-xr... 16  
diltiazem hcl... 16  
dimethyl fumarate... 25  
diphenhydramine hcl... 103  
diphenoxylate-atropine... 29  
disulfiram... 24  
DIURIL... 16  
divalproex... 64  
DOCEFREZ... 74  
docetaxel... 75  
dofetilide... 16  
dolishale... 33  
donepezil... 12  
dorzolamide... 48  
dorzolamide-timolol... 48  
dotti... 33  
DOVATO... 89  
doxazosin... 16  
doxepin... 57  
doxercalciferol... 22  
doxorubicin... 75  
doxorubicin, peg-liposomal... 75  
doxy-100... 60  
doxycycline hyclate... 60  
doxycycline monohydrate... 60  
DRIZALMA SPRINKLE... 25  
dronabinol... 69  
droperidol... 86  
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 52  
DROPLET INSULIN SYRINGE... 52  
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 52  
DROPLET PEN NEEDLE... 52  
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 52  
DROPSAFE PEN NEEDLE... 52  
drospirenone-ethinyl estradiol... 33  
DROXIA... 52  
DUAVEE... 33  
duloxetine... 25  
DUPIXENT PEN... 43  
DUPIXENT SYRINGE... 43  
dutasteride... 31  
dutasteride-tamsulosin... 31  
d10 %-0.45 % sodium chloride... 94  
d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 94  
d5 % and 0.9 % sodium chloride... 94  
d5 %-0.45 % sodium chloride... 94  
**E**  
EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 52  
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 52  
EDURANT... 89  
efavirenz... 89  
efavirenz-emtricitabin-tenofov... 89  
efavirenz-lamivu-tenofov disop... 89  
EGRIFTA SV... 39  
electrolyte-a... 94  
electrolyte-148... 94  
electrolyte-48 in d5w... 94  
ELELYSO... 105  
ELIGARD (3 MONTH)... 41  
ELIGARD (4 MONTH)... 41  
ELIGARD (6 MONTH)... 41  
ELIGARD... 41  
elinest... 33  
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 98  
ELIQUIS... 97  
ELMIRON... 31  
ELREXFIO... 75

eluryng... 33	enulose... 29	estradiol-norethindrone acet... 33
ELZONRIS... 75	ENVARBUS XR... 43	ESTRING... 33
EMCYT... 75	EPCLUSA... 89, 90	eszopiclone... 50
EMGALITY PEN... 13	EPIDIOLEX... 64	ethambutol... 71
EMGALITY SYRINGE... 13	epinephrine... 103	ethosuximide... 64
EMPLICITI... 75	epirubicin... 75	ethynodiol diac-eth estradiol... 33
EMSAM... 68	epitol... 64	etodolac... 54
emtricitabine... 89	EPIVIR HBV... 90	etonogestrel-ethinyl estradiol... 33
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 89	EPKINLY... 75	ETOPOPHOS... 75
EMTRIVA... 89	EPRONTIA... 64	etoposide... 75
emzahh... 33	ERBITUX... 75	etravirine... 90
enalapril maleate... 17	ergotamine-cafeine... 13	EULEXIN... 75
enalapril-hydrochlorothiazide... 17	eribulin... 75	EUTHYROX... 40
enalaprilat... 17	ERIVEDGE... 75	everolimus (antineoplastic)... 75
endocet... 54	ERLEADA... 75	everolimus (immunosuppressive)... 43
ENDOMETRIN... 33	erlotinib... 75	EVOMELA... 75
ENGERIX-B (PF)... 43	errin... 33	EVOTAZ... 90
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 43	ertapenem... 60	exemestane... 75
ENHERTU... 75	ery pads... 27	EXKIVITY... 75
enilloring... 33	ERYTHROCIN... 61	EYSUVIS... 48
enoxaparin... 98	erythromycin lactobionate... 61	ezetimibe... 17
enpresse... 33	erythromycin with ethanol... 27	ezetimibe-simvastatin... 17
enskyce... 33	erythromycin... 48, 61	
ENSTILAR... 27	escitalopram oxalate... 68	<b>F</b>
entacapone... 14	esomeprazole magnesium... 29	falmina (28)... 34
entecavir... 89	estarylla... 33	famciclovir... 90
ENTRESTO SPRINKLE... 17	estradiol valerate... 33	famotidine (pf)... 29
ENTRESTO... 17	estradiol... 33	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 29

famotidine... 29	FIRMAGON... 41	FORTEO... 22
FANAPT... 86	flecainide... 17	fosamprenavir... 90
FARXIGA... 99	floxuridine... 75	fosinopril... 17
FASENRA PEN... 103	fluconazole in nacl (iso-osm)... 70	fosinopril-hydrochlorothiazide... 17
febuxostat... 13	fluconazole... 70	fosphenytoin... 64
felbamate... 64	flucytosine... 70	FOTIVDA... 76
felodipine... 17	fludarabine... 75	FRUZAQLA... 76
FEMLYV... 34	fludrocortisone... 39	furosemide... 17
femynor... 34	flumazenil... 52	FUZEON... 90
fenofibrate micronized... 17	flunisolide... 104	FYARRO... 76
fenofibrate nanocrystallized... 17	fluocinolone acetonide oil... 12	FYCOMPA... 64
fenofibrate... 17	fluocinolone and shower cap... 27	<b>G</b>
fenofibric acid... 17	fluocinolone... 27	gabapentin... 64, 65
fentanyl citrate (pf)... 54	fluocinonide... 27	galantamine... 12
fentanyl citrate... 54	fluorometholone... 48	gallifrey... 34
fentanyl... 54	fluorouracil... 27, 28, 76	GAMUNEX-C... 43, 44
fesoterodine... 31	fluoxetine... 68	GARDASIL 9 (PF)... 44
FETZIMA... 68	fluphenazine decanoate... 86	gatifloxacin... 48
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 99	fluphenazine hcl... 86	GAUZE BANDAGE... 52
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 99	flurbiprofen sodium... 48	GAUZE PAD... 52
FIASP U-100 INSULIN... 99	flurbiprofen... 54	gavilyte-c... 29
finasteride... 31	fluticasone propion-salmeterol... 104	gavilyte-g... 29
fingolimod... 25	fluticasone propionate... 28, 104	gavilyte-n... 29
FINTEPLA... 64	fluvastatin... 17	GAVRETO... 76
FIRDAPSE... 25	fluvoxamine... 68	GAZYVA... 76
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 41	folic acid... 107	gefitinib... 76
	FOLOTYN... 76	gemcitabine... 76
		gemfibrozil... 17

GEMTESA... 31	hailey fe 1/20 (28)... 34	HUMIRA PEN... 44
generlac... 29	hailey 24 fe... 34	HUMIRA... 44
gentak... 48	hailey... 34	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 44
gentamicin in nacl (iso-osm)... 61	HALAVEN... 76	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 44
gentamicin sulfate (ped) (pf)... 61	haloette... 34	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 44
gentamicin sulfate (pf)... 61	haloperidol decanoate... 86	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 44
gentamicin... 48, 61	haloperidol lactate... 86	HUMIRA(CF) PEN... 44
GENVOYA... 90	haloperidol... 86	HUMIRA(CF)... 44
GILOTRIF... 76	HAVRIX (PF)... 44	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN... 100
glatiramer... 25	heather... 34	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN... 100
glatopa... 25	heparin (porcine)... 98	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN... 100
GLEOSTINE... 76	heparin, porcine (pf)... 98	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN... 100
glimepiride... 99	HEPLISAV-B (PF)... 44	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 100
glipizide... 99	HIBERIX (PF)... 44	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN... 100
glipizide-metformin... 99	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100... 99	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN... 100
glyburide micronized... 99	HUMALOG KWIKPEN INSULIN... 99	hydrocodone-acetaminophen... 54, 55
glyburide... 99	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100... 99	hydrocodone-ibuprofen... 55
glyburide-metformin... 99	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 99	hydrocortisone... 23, 28
GLYCOPHOS... 94	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 99	
glycopyrrolate... 29	HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN... 100	
GLYXAMBI... 99	HUMALOG U-100 INSULIN... 100	
granisetron hcl... 69	HUMATIN... 61	
griseofulvin microsize... 70	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START... 44	
griseofulvin ultramicrosize... 71	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS... 44	
guanfacine... 17, 25		
<b>H</b>		
HAEGARDA... 44		
hailey fe 1.5/30 (28)... 34		

hydrocortisone-acetic acid... 12	IMJUDO... 77	IONOSOL-MB IN D5W... 94
hydromorphone... 55	IMLYGIC... 77	IPOL... 44
hydroxychloroquine... 85	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 44	ipratropium bromide... 104
hydroxyurea... 76	INBRIJA... 14	ipratropium-albuterol... 104
hydroxyzine hcl... 57	incassia... 34	irbesartan... 18
hydroxyzine pamoate... 104	INCONTROL ALCOHOL PADS... 52	irbesartan-hydrochlorothiazide... 18
HYFTOR... 28	INCRELEX... 39	irinotecan... 77
<b>I</b>	indapamide... 18	ISENTRESS HD... 90
ibandronate... 22	indomethacin... 55	ISENTRESS... 90
IBRANCE... 76	INFANRIX (DTAP) (PF)... 44	isibloom... 34
ibu... 55	INLYTA... 77	ISOLYTE S PH 7.4... 94
ibuprofen... 55	INQOVI... 77	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 94
ibutilide fumarate... 18	INREBIC... 77	ISOLYTE-S... 94
icatibant... 44	INSULIN LISPRO... 100	isoniazid... 71, 72
iclevia... 34	INSULIN SYRINGE MICROFINE... 52	isosorbide dinitrate... 18
ICLUSIG... 76	INSULIN SYRINGE... 52	isosorbide mononitrate... 18
idarubicin... 76	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 52	isosorbide-hydralazine... 18
IDHIFA... 76	INTELENCE... 90	isotretinoin... 28
ifosfamide... 76	INTRALIPID... 94	ISTODAX... 77
ILEVRO... 48	INTRON A... 44	ISUPREL... 18
imatinib... 76	INVEGA HAFYERA... 86, 87	itraconazole... 71
IMBRUVICA... 76, 77	INVEGA SUSTENNA... 87	IV PREP WIPES... 52
IMDELLTRA... 77	INVEGA TRINZA... 87	ivermectin... 85
IMFINZI... 77	INVOKAMET XR... 100	IWILFIN... 77
imipenem-cilastatin... 61	INVOKAMET... 100	IXCHIQ (PF)... 44
imipramine hcl... 68	INVOKANA... 100	IXEMPRA... 77
imipramine pamoate... 68	IONOSOL-B IN D5W... 94	IXIARO (PF)... 44
imiquimod... 28		<b>J</b>

jaimiess... 34	KANJINTI... 77	lactated ringers... 52, 95
JAKAFI... 77	kariva (28)... 34	lactulose... 29
jantoven... 98	kelnor 1/35 (28)... 34	LAGEVRIO (EUA)... 90
JANUMET XR... 100	kelnor 1/50 (28)... 34	lamivudine... 90
JANUMET... 100	KERENDIA... 18	lamivudine-zidovudine... 90
JANUVIA... 100	KESIMPTA PEN... 25	lamotrigine... 65
JARDIANCE... 100	ketoconazole... 71	LAMPIT... 85
jasmiel (28)... 34	ketorolac... 48, 55	lanreotide... 41
JAYPIRCA... 77	KEYTRUDA... 77	lansoprazole... 29
JEMPERLI... 77	KIMMTRAK... 77	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 100
jencycla... 34	KINRIX (PF)... 45	LANTUS U-100 INSULIN... 100
JENTADUETO XR... 100	kionex (with sorbitol)... 94	lapatinib... 78
JENTADUETO... 100	KISQALI FEMARA CO-PACK... 77	larin fe 1.5/30 (28)... 35
JEVTANA... 77	KISQALI... 77	larin fe 1/20 (28)... 35
juleber... 34	klayesta... 71	larin 1.5/30 (21)... 34
JULUCA... 90	klor-con m10... 95	larin 1/20 (21)... 34
junel fe 1.5/30 (28)... 34	KLOR-CON M15... 95	larin 24 fe... 35
junel fe 1/20 (28)... 34	klor-con m20... 95	latanoprost... 48
junel fe 24... 34	KLOR-CON 10... 94	LAZCLUZE... 78
junel 1.5/30 (21)... 34	KLOR-CON 8... 95	leena 28... 35
junel 1/20 (21)... 34	KOSELUGO... 78	leflunomide... 45
JYLAMVO... 44	KRAZATI... 78	lenalidomide... 78
JYNNEOS (PF)... 44	kurvelo (28)... 34	LENVIMA... 78
<b>K</b>	KYPROLIS... 78	lessina... 35
KABIVEN... 94	<b>L</b>	letrozole... 78
KADCYLA... 77	l norgest/e.estradiol-e.estrad... 34	leucovorin calcium... 78
kalliga... 34	labetalol... 18	leuprolide (3 month)... 41
KALYDECO... 104	lacosamide... 65	

leuprolide... 41	lidocaine-prilocaine... 56	LORBRENA... 78
levalbuterol tartrate... 104	lincomycin... 61	loryna (28)... 35
levetiracetam in nacl (iso-os)... 65	lindane... 28	losartan... 18
levetiracetam... 65	linezolid in dextrose 5%... 61	losartan-hydrochlorothiazide... 18
LEVO-T... 40	linezolid... 61	LOTEMAX SM... 48
levobunolol... 48	linezolid-0.9% sodium chloride... 61	lovastatin... 18
levocarnitine (with sugar)... 95	LINZESS... 30	low-ogestrel (28)... 35
levocarnitine... 95	liothyronine... 40	loxapine succinate... 87
levocetirizine... 104	liraglutide... 100	lubiprostone... 30
levofloxacin in d5w... 61	lisinopril... 18	LUMAKRAS... 78
levofloxacin... 61	lisinopril-hydrochlorothiazide... 18	LUMIGAN... 48
levoleucovorin calcium... 78	lithium carbonate... 49, 50	LUNSUMIO... 79
levonest (28)... 35	lithium citrate... 50	LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 41
levonorg-eth estrad triphasic... 35	LIVTENCITY... 90	LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 41
levonorgestrel-ethinyl estrad... 35	lo-zumandimine (28)... 35	LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 41
levora-28... 35	LOCOID LIPOCREAM... 28	LUPRON DEPOT... 41
levothyroxine... 40	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 35	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 41
LEVOXYL... 40	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 35	LUPRON DEPOT-PED... 41
LEVULAN... 78	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 35	lurasidone... 87
LEXIVA... 90	LOESTRIN 1/20 (21)... 35	lutra (28)... 35
LIBERVANT... 65	lojaimiess... 35	LYBALVI... 87
LIBTAYO... 78	LOKELMA... 95	lyleq... 35
lidocaine (pf)... 18	LONSURF... 78	lyllana... 35
lidocaine hcl... 56	loperamide... 30	LYNPARZA... 79
lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 18	lopinavir-ritonavir... 90	LYSODREN... 79
lidocaine viscous... 56	LOQTORZI... 78	LYTGOBI... 79
lidocaine... 56	lorazepam intensol... 57	LYUMJEV KWIKPEN U-100
lidocaine-epinephrine... 56	lorazepam... 57	INSULIN... 100



LYUMJEV KWIKPEN U-200  
 INSULIN... 100  
 LYUMJEV U-100 INSULIN... 101  
 lyza... 35

**M**

M-M-R II (PF)... 45  
 m-natal plus... 95  
 magnesium sulfate in d5w... 95  
 magnesium sulfate in water... 95  
 magnesium sulfate... 95  
 malathion... 28  
 maraviroc... 90  
 MARGENZA... 79  
 marlissa (28)... 35  
 MARPLAN... 68  
 MATULANE... 79  
 meclizine... 69  
 medroxyprogesterone... 35  
 mefloquine... 85  
 megestrol... 35, 36  
 MEKINIST... 79  
 MEKTOVI... 79  
 meloxicam... 55  
 melphalan hcl... 79  
 melphalan... 79  
 memantine... 12  
 MENACTRA (PF)... 45  
 MENEST... 36

MENQUADFI (PF)... 45  
 MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 45  
 mercaptopurine... 79  
 meropenem... 61  
 meropenem-0.9% sodium  
 chloride... 61  
 mesalamine... 23  
 MESNEX... 79  
 metformin... 101  
 methadone intensol... 55  
 methadone... 55  
 methazolamide... 48  
 methenamine hippurate... 61  
 methimazole... 42  
 methocarbamol... 102  
 methotrexate sodium (pf)... 45  
 methotrexate sodium... 45  
 methscopolamine... 30  
 methsuximide... 65  
 methyl dopa... 18  
 methyl dopa-hydrochlorothiazide...  
 18  
 methylphenidate hcl... 25  
 methylprednisolone acetate... 39  
 methylprednisolone sodium succ...  
 39  
 methylprednisolone... 39  
 metoclopramide hcl... 69  
 metolazone... 18

metoprolol succinate... 18  
 metoprolol ta-hydrochlorothiaz...  
 18  
 metoprolol tartrate... 19  
 metronidazole in nacl (iso-os)... 62  
 metronidazole... 61, 62  
 metyrosine... 19  
 MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM  
 CHL... 71  
 micafungin... 71  
 miconazole-3... 71  
 microgestin fe 1.5/30 (28)... 36  
 microgestin fe 1/20 (28)... 36  
 microgestin 1.5/30 (21)... 36  
 microgestin 1/20 (21)... 36  
 microgestin 24 fe... 36  
 midodrine... 19  
 mifepristone... 52  
 mili... 36  
 minocycline... 62  
 minoxidil... 19  
 MIRENA... 53  
 mirtazapine... 68  
 misoprostol... 30  
 mitomycin... 79  
 mitoxantrone... 79  
 modafinil... 50  
 moexipril... 19

molindone... 87	naltrexone... 24	niacin... 19
mometasone... 28, 104	NAMZARIC... 12	niacor... 19
mondoxyne nl... 62	naproxen sodium... 56	NICOTROL NS... 24
mono-linyah... 36	naproxen... 56	nifedipine... 19
montelukast... 104	naratriptan... 13	nikki (28)... 36
morphine concentrate... 56	NATAZIA... 36	nilutamide... 79
morphine... 55	nateglinide... 101	nimodipine... 19
MOUNJARO... 101	NATPARA... 22	NINLARO... 79
MOVANTIK... 30	NAYZILAM... 65	NIPENT... 79
moxifloxacin... 48, 62	nebivolol... 19	nisoldipine... 19
moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 62	necon 0.5/35 (28)... 36	nitazoxanide... 85
MRESVIA (PF)... 45	nefazodone... 68	nitisinone... 105
MULTAQ... 19	nelarabine... 79	nitrofurantoin macrocrystal... 62
mupirocin... 28	neomycin... 62	nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 62
MUTAMYCIN... 79	neomycin-bacitracin-poly-hc... 48	nitroglycerin in 5 % dextrose... 19
MVASI... 79	neomycin-bacitracin-polymyxin... 48	nitroglycerin... 19, 53
mycophenolate mofetil (hcl)... 45	neomycin-polymyxin b-dexameth... 49	NITROSTAT... 19
mycophenolate mofetil... 45	neomycin-polymyxin-gramicidin... 49	NIVESTYM... 98
mycophenolate sodium... 45	neomycin-polymyxin-hc... 12, 49	nizatidine... 30
MYLOTARG... 79	NEONATAL COMPLETE... 95	NORA-BE... 36
myorisan... 28	NEONATAL PLUS VITAMIN... 95	norelgestromin-ethin.estradiol... 36
MYRBETRIQ... 31	NEONATAL-DHA... 95	norepinephrine bitartrate... 19
<b>N</b>	NERLYNX... 79	noreth-ethinyl estradiol-iron... 36
nabumetone... 56	nevirapine... 90, 91	norethindrone (contraceptive)... 36
nadolol... 19	NEXPLANON... 36	norethindrone ac-eth estradiol... 36
nafcillin in dextrose iso-osm... 62	NEXTERONE... 19	norethindrone acetate... 36
nafcillin... 62		norethindrone-e.estradiol-iron... 36
naloxone... 24		

norgestimate-ethinyl estradiol... 36	NUCALA... 104	olopatadine... 49
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 95	NUDEXTA... 25	omega-3 acid ethyl esters... 20
nortrel 0.5/35 (28)... 36	NUPLAZID... 87	omeprazole... 30
nortrel 1/35 (21)... 36	NUTRILIPID... 95	omeprazole-sodium bicarbonate... 30
nortrel 1/35 (28)... 36	nyamyc... 71	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 53
nortrel 7/7/7 (28)... 36	nylia 1/35 (28)... 36	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 53
nortriptyline... 68	nylia 7/7/7 (28)... 37	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 53
NORVIR... 91	nymyo... 37	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN N FLEXPEN... 101	nystatin... 71	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 101	nystatin-triamcinolone... 71	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN R FLEXPEN... 101	nystop... 71	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 101		OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 101	<b>O</b>	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 53
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 101	ocella... 37	OMNIPOD GO PODS... 53
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 101	octreotide acetate... 41	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)... 53
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 101	octreotide,microspheres... 41	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 53
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 101	ODEFSEY... 91	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 53
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 101	ODOMZO... 79	OMNIPOD 5
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 101	OFEV... 104	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)... 53
NOVOPEN ECHO... 53	ofloxacin... 12, 49, 62	OMNITROPE... 39
NUBEQA... 79	OGSIVEO... 79	
	OJEMDA... 79, 80	
	OJJAARA... 80	
	olanzapine... 87	
	olmesartan... 20	
	olmesartan-amlodipin-hcthiaid... 20	
	olmesartan-hydrochlorothiazide... 20	

ONCASPAR... 80	PADCEV... 80	penicillin v potassium... 62
ondansetron hcl (pf)... 70	paliperidone... 87	PENTACEL (PF)... 45
ondansetron hcl... 69	pamidronate... 22	pentamidine... 85
ondansetron... 69	PANRETIN... 80	pentoxifylline... 20
ONIVYDE... 80	pantoprazole in 0.9% sod chlor... 30	PERIKABIVEN... 95
ONUREG... 80	pantoprazole... 30	perindopril erbumine... 20
OPDIVO... 80	paraplatin... 80	periogard... 26
OPDUALAG... 80	paricalcitol... 23	PERJETA... 80
OPSUMIT... 104	paromomycin... 62	permethrin... 28
OPSYNVI... 104	paroxetine hcl... 68	perphenazine... 87
OPVEE... 24	PAXLOVID... 91	perphenazine-amitriptyline... 68
ORGOVYX... 80	pazopanib... 80	pfizerpen-g... 62
ORSERDU... 80	PEDIARIX (PF)... 45	phenelzine... 68
oseltamivir... 91	PEDVAX HIB (PF)... 45	phenobarbital... 65
OSPHENA... 37	peg 3350-electrolytes... 30	PHENYTEK... 65
oxacillin in dextrose(iso-osm)... 62	peg-electrolyte soln... 30	phenytoin sodium extended... 66
oxacillin... 62	PEGASYS... 45	phenytoin sodium... 66
oxaliplatin... 80	PEMAZYRE... 80	phenytoin... 65, 66
oxandrolone... 37	pemetrexed disodium... 80	philith... 37
oxcarbazepine... 65	pemetrexed... 80	PIFELTRO... 91
oxybutynin chloride... 31	PEMRYDI RTU... 80	pilocarpine hcl... 26, 49
oxycodone... 56	PEN NEEDLE, DIABETIC... 53	pimecrolimus... 28
oxycodone-acetaminophen... 56	PENBRAYA (PF)... 45	pimozide... 87
OZEMPIC... 101	penicillamine... 95	pimtrex (28)... 37
<b>P</b>	penicillin g pot in dextrose... 62	pioglitazone... 101
PACERONE... 20	penicillin g potassium... 62	pioglitazone-metformin... 101
paclitaxel protein-bound... 80	penicillin g procaine... 62	piperacillin-tazobactam... 62
paclitaxel... 80	penicillin g sodium... 62	PIQRAY... 80, 81

pirfenidone... 104  
 piroxicam... 56  
 PLASMA-LYTE A... 95  
 PLASMA-LYTE 148... 95  
 PLENAMINE... 95  
 podofilox... 28  
 POLIVY... 81  
 polocaine... 57  
 polocaine-mpf... 57  
 polycin... 49  
 polymyxin b sulf-trimethoprim... 49  
 polymyxin b sulfate... 63  
 POMALYST... 81  
 portia 28... 37  
 PORTRAZZA... 81  
 posaconazole... 71  
 potassium acetate... 95  
 potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 95  
 potassium chloride in lr-d5... 96  
 potassium chloride in water... 96  
 potassium chloride in 0.9%nacl... 96  
 potassium chloride in 5 % dex... 96  
 potassium chloride... 95, 96  
 potassium chloride-d5-0.2%nacl... 96  
 potassium chloride-d5-0.3%nacl... 96  
 potassium chloride-d5-0.9%nacl... 96  
 potassium chloride-0.45 % nacl... 96  
 potassium citrate... 96  
 POTELIGEO... 81  
 pr natal 400 ec... 96  
 pr natal 400... 96  
 pr natal 430 ec... 96  
 pr natal 430... 96  
 pralatrexate... 81  
 pramipexole... 14  
 prasugrel... 98  
 pravastatin... 20  
 praziquantel... 85  
 prazosin... 20  
 PRED-G... 49  
 prednisolone acetate... 49  
 prednisolone sodium phosphate... 39, 49  
 prednisolone... 39  
 prednisone intensol... 40  
 prednisone... 39, 40  
 pregabalin... 26  
 PREHEVBRIO (PF)... 45  
 PREMARIN... 37  
 PREMASOL 10 %... 96  
 PRENATA... 96  
 PRENATABS FA... 96  
 prenatal plus (calcium carb)... 96  
 prenatal plus vitamin-mineral... 96  
 PRENATE ELITE... 96  
 prevalite... 20  
 PREVYMIS... 91  
 PREZCOBIX... 91  
 PREZISTA... 91  
 PRIFTIN... 72  
 primaquine... 85  
 primidone... 66  
 PRIMSOL... 63  
 PRIORIX (PF)... 45  
 PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 53  
 probenecid... 13  
 probenecid-colchicine... 13  
 procainamide... 20  
 prochlorperazine edisylate... 70  
 prochlorperazine maleate... 70  
 prochlorperazine... 70  
 procto-med hc... 28  
 proctosol hc... 28  
 proctozone-hc... 28  
 progesterone micronized... 37  
 progesterone... 37  
 PROGRAF... 45  
 PROLIA... 23  
 PROMACTA... 98  
 promethazine... 70

propafenone... 20  
 proparacaine... 49  
 propranolol... 20  
 propranolol-hydrochlorothiazid... 20  
 propylthiouracil... 42  
 PROQUAD (PF)... 45  
 PROSOL 20 %... 96  
 protamine... 53  
 protriptyline... 68  
 PULMOZYME... 104  
 PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 53  
 PURIXAN... 81  
 pyrazinamide... 72  
 pyridostigmine bromide... 13  
 pyrimethamine... 85  
**Q**  
 QINLOCK... 81  
 QUADRACEL (PF)... 45  
 quetiapine... 87, 88  
 quinapril... 20  
 quinapril-hydrochlorothiazide... 20  
 quinidine sulfate... 20  
 quinine sulfate... 85  
 QULIPTA... 13  
**R**  
 RABAVERT (PF)... 46  
 rabeprazole... 30  
 RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP... 26  
 RADICAVA ORS... 26  
 raloxifene... 37  
 ramipril... 20  
 ranolazine... 20  
 rasagiline... 14  
 reclusen (28)... 37  
 RECOMBIVAX HB (PF)... 46  
 RELENZA DISKHALER... 91  
 repaglinide... 101  
 REPATHA PUSHTRONEX... 20  
 REPATHA SURECLICK... 20  
 REPATHA SYRINGE... 20  
 RETACRIT... 98  
 RETEVMO... 81  
 RETROVIR... 91  
 REXULTI... 88  
 REYATAZ... 91  
 REZLIDHIA... 81  
 RHOPHYLAC... 46  
 RHOPRESSA... 49  
 RIABNI... 81  
 ribavirin... 91  
 rifabutin... 72  
 rifampin... 72  
 riluzole... 26  
 rimantadine... 91  
 ringer's... 53, 96  
 RINVOQ LQ... 46  
 RINVOQ... 46  
 risedronate... 23  
 RISPERDAL CONSTA... 88  
 risperidone... 88  
 ritonavir... 91  
 rivastigmine tartrate... 12  
 rivastigmine... 12  
 rizatriptan... 13  
 ROCKLATAN... 49  
 roflumilast... 104  
 romidepsin... 81  
 ropinirole... 14  
 ropivacaine (pf)... 57  
 rosuvastatin... 21  
 ROTARIX... 46  
 ROTATEQ VACCINE... 46  
 roweepra xr... 66  
 roweepra... 66  
 ROZLYTREK... 81  
 RUBRACA... 81  
 rufinamide... 66  
 RUKOBIA... 91  
 RUXIENCE... 81  
 RYBELSUS... 101  
 RYBREVANT... 81  
 RYDAPT... 81

RYLAZE... 81  
 RYTARY... 14  
 RYTELO... 81  
**S**  
 sajazir... 46  
 SANDIMMUNE... 46  
 SANDOSTATIN LAR DEPOT... 41  
 SANTYL... 28  
 sapropterin... 105  
 SARCLISA... 81  
 saxagliptin... 101  
 SCEMBLIX... 81  
 scopolamine base... 70  
 se-natal 19 chewable... 96  
 SECUADO... 88  
 selegiline hcl... 14  
 selenium sulfide... 28  
 SELZENTRY... 91  
 sertraline... 68, 69  
 setlakin... 37  
 sharobel... 37  
 SHINGRIX (PF)... 46  
 SIGNIFOR... 41  
 sildenafil (pulm.hypertension)... 105  
 silodosin... 31  
 silver sulfadiazine... 28  
 SIMBRINZA... 49  
 simliya (28)... 37  
 simpesse... 37  
 simvastatin... 21  
 sirolimus... 46  
 SIRTURO... 72  
 SKYRIZI... 46  
 SMOFLIPID... 96  
 sodium bicarbonate... 97  
 sodium chloride 0.45 %... 97  
 sodium chloride 0.9 %... 97  
 sodium chloride 3 % hypertonic... 97  
 sodium chloride 5 % hypertonic... 97  
 sodium chloride... 53, 97  
 sodium oxybate... 50  
 sodium phenylbutyrate... 105  
 sodium phosphate... 97  
 sodium polystyrene sulfonate... 97  
 sodium,potassium,mag sulfates... 30  
 solifenacin... 31  
 SOLIQUA 100/33... 101  
 SOLTAMOX... 82  
 SOLU-MEDROL (PF)... 40  
 SOLU-MEDROL... 40  
 SOMAVERT... 42  
 sorafenib... 82  
 sorine... 21  
 sotalol af... 21  
 sotalol... 21  
 SPIRIVA RESPIMAT... 105  
 SPIRIVA WITH HANDIHALER... 105  
 spironolacton-hydrochlorothiaz... 21  
 spironolactone... 21  
 sprintec (28)... 37  
 SPRITAM... 66  
 SPRYCEL... 82  
 SPS (WITH SORBITOL)... 97  
 sronyx... 37  
 SSD... 28  
 stavudine... 91, 92  
 STELARA... 46  
 STIOLTO RESPIMAT... 105  
 STIVARGA... 82  
 STRENSIQ... 106  
 streptomycin... 63  
 STRIBILD... 92  
 STRIVERDI RESPIMAT... 105  
 subvenite starter (blue) kit... 66  
 subvenite starter (green) kit... 66  
 subvenite starter (orange) kit... 66  
 subvenite... 66  
 sucralfate... 30  
 SUFLAVE... 30  
 sulfacetamide sodium (acne)... 63  
 sulfacetamide sodium... 49, 63

sulfacetamide-prednisolone... 49	TAGRISSO... 82	terbinafine hcl... 71
sulfadiazine... 63	TALICIA... 30	terconazole... 71
sulfamethoxazole-trimethoprim... 63	TALVEY... 82	teriflunomide... 26
sulfasalazine... 23	TALZENNA... 82	testosterone cypionate... 37
sulindac... 56	tamoxifen... 82	testosterone enanthate... 37
sumatriptan succinate... 13	tamsulosin... 31	testosterone... 37
sumatriptan... 13	tarina fe 1-20 eq (28)... 37	TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)... 46
sunitinib malate... 82	tarina fe 1/20 (28)... 37	tetrabenazine... 26
SUNLENCA... 92	tarina 24 fe... 37	TEVIMBRA... 82
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 53	TASIGNA... 82	THALOMID... 82
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 53	tasimelteon... 50	theophylline in dextrose 5 %... 105
SUTAB... 30	tazarotene... 29	theophylline... 105
syeda... 37	taztia xt... 21	thioridazine... 88
SYMBICORT... 105	TAZVERIK... 82	thiotepa... 82
SYMPAZAN... 66	TDVAX... 46	thiothixene... 88
SYMTUZA... 92	TECENTRIQ HYBREZA... 82	tiadylt er... 21
SYNJARDY XR... 102	TECENTRIQ... 82	tiagabine... 66
SYNJARDY... 101	TECVAYLI... 82	TIBSOVO... 82
SYNRIBO... 82	TEFLARO... 63	TICOVAC... 46
SYNTHROID... 40	telmisartan... 21	tigecycline... 63
<b>T</b>	telmisartan-amlodipine... 21	tilia fe... 37
TABRECTA... 82	telmisartan-hydrochlorothiazid... 21	timolol maleate... 21, 49
tacrolimus... 28, 46	temazepam... 50	tinidazole... 63
tadalafil (pulm. hypertension)... 105	temsirolimus... 82	TIROSINT-SOL... 40
tadalafil... 31	TENIVAC (PF)... 46	TIVDAK... 83
TAFINLAR... 82	tenofovir disoproxil fumarate... 92	TIVICAY PD... 92
	TEPMETKO... 82	TIVICAY... 92
	terazosin... 21	



tizanidine... 12	TRELSTAR... 42	TRIJARDY XR... 102
tobramycin in 0.225 % nacl... 63	TREMFYA PEN... 47	TRIKAFTA... 105
tobramycin sulfate... 63	TREMFYA... 46, 47	trimethoprim... 63
tobramycin... 49	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 102	trimipramine... 69
tobramycin-dexamethasone... 49	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 102	trinatal rx 1... 97
tolterodine... 31	TRESIBA U-100 INSULIN... 102	TRINTELLIX... 69
topiramate... 66	tretinoin (antineoplastic)... 83	TRISENOX... 83
topotecan... 83	tretinoin... 29	TRIUMEQ PD... 92
toremifene... 83	tri-estarylla... 38	TRIUMEQ... 92
torpenz... 83	tri-legest fe... 38	trivora (28)... 38
torse mide... 21	tri-linyah... 38	TRIZIVIR... 92
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 102	tri-lo-estarylla... 38	TRODELVY... 83
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 102	tri-lo-marzia... 38	TROGARZO... 92
TPN ELECTROLYTES... 97	tri-lo-mili... 38	TROPHAMINE 10 %... 97
TRADJENTA... 102	tri-lo-sprintec... 38	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 53
tramadol... 56	tri-mili... 38	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 53
trandolapril... 21	tri-nymyo... 38	TRULICITY... 102
trandolapril-verapamil... 21	tri-sprintec (28)... 38	TRUMENBA... 47
tranexamic acid... 98	tri-vylibra lo... 38	TRUQAP... 83
tranylcypromine... 69	tri-vylibra... 38	TUKYSA... 83
TRAVASOL 10 %... 97	triamcinolone acetonide... 26, 40	tulana... 38
travoprost... 49	triamterene-hydrochlorothiazid... 21	TURALIO... 83
TRAZIMERA... 83	triderm... 40	turqoz (28)... 38
trazodone... 69	trientine... 97	TWINRIX (PF)... 47
TRECTOR... 72	trifluoperazine... 88	TYBOST... 92
TRELEGY ELLIPTA... 105	trifluridine... 49	TYMLOS... 23
	trihexyphenidyl... 14	TYPHIM VI... 47

**U**

UBRELVY... 13  
 UDENYCA AUTOINJECTOR... 98  
 UDENYCA ONBODY... 98  
 UDENYCA... 98  
 ULTILET ALCOHOL SWAB... 53  
 UNITHROID... 40  
 UNITUXIN... 83  
 ursodiol... 30

**V**

valacyclovir... 92  
 VALCHLOR... 83  
 valganciclovir... 92  
 valproate sodium... 66  
 valproic acid (as sodium salt)... 66  
 valproic acid... 66  
 valrubicin... 83  
 valsartan... 21  
 valsartan-hydrochlorothiazide... 22  
 VALSTAR... 83  
 VALTOCO... 66  
 vancomycin in dextrose 5 %... 63  
 vancomycin in 0.9 % sodium chl...  
 63  
 vancomycin... 63  
 vancomycin-diluent combo no.1...  
 63  
 VANFLYTA... 83  
 VAQTA (PF)... 47

varenicline... 24  
 VARIVAX (PF)... 47  
 VASCEPA... 22  
 VAXCHORA VACCINE... 47  
 VECTIBIX... 83  
 velivet triphasic regimen (28)... 38  
 VEMLIDY... 92  
 VENCLEXTA STARTING PACK... 83  
 VENCLEXTA... 83  
 venlafaxine... 69  
 VENTOLIN HFA... 105  
 verapamil... 22  
 VERQUOVO... 22  
 VERSACLOZ... 88  
 VERZENIO... 83  
 vestura (28)... 38  
 vienva... 38  
 vigabatrin... 66, 67  
 vigadrone... 67  
 VIGAFYDE... 67  
 vigpoder... 67  
 VIIBRYD... 69  
 vilazodone... 69  
 vinblastine... 83  
 vincasar pfs... 83  
 vincristine... 83  
 vinorelbine... 83  
 viorele (28)... 38

VIRACEPT... 92  
 VIREAD... 92  
 virt-nate dha... 97  
 VITRAKVI... 83, 84  
 VIVITROL... 24  
 VIZIMPRO... 84  
 VOCABRIA... 92  
 volnea (28)... 38  
 VONJO... 84  
 VORANIGO... 84  
 voriconazole... 71  
 VOSEVI... 92  
 VOWST... 30  
 VRAYLAR... 88  
 VUMERITY... 26  
 vyfemla (28)... 38  
 vylibra... 38  
 VYNDAMAX... 106  
 VYVGART HYTRULO... 13  
 VYVGART... 13  
 VYXEOS... 84  
 VYZULTA... 49

**W**

warfarin... 98  
 water for irrigation, sterile... 53  
 WEBCOL... 54  
 WELIREG... 106  
 wera (28)... 38

wesnata dha complete... 97

wesnate dha... 97

westab plus... 97

wixela inhub... 105

wymzya fe... 38

## X

XALKORI... 84

XARELTO DVT-PE TREAT 30D  
START... 99

XARELTO... 98, 99

XATMEP... 47

XCOPRI MAINTENANCE PACK... 67

XCOPRI TITRATION PACK... 67

XCOPRI... 67

XDEMZY... 54

XGEVA... 23

XIFAXAN... 30

XIGDUO XR... 102

XOLAIR... 47

XOSPATA... 84

XPOVIO... 84

XTANDI... 84

xulane... 38

## Y

YERVOY... 84

YF-VAX (PF)... 47

YONDELIS... 84

## Z

zafemy... 38

zafirlukast... 105

zaleplon... 50

ZALTRAP... 84

ZANOSAR... 84

zarah... 38

ZARXIO... 99

ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 102

ZEGALOGUE SYRINGE... 102

ZEJULA... 84

ZELBORAF... 84

ZEMAIRA... 106

zenatane... 29

ZENPEP... 106

ZEPZELCA... 84

ZEVALIN (Y-90)... 54

zidovudine... 92

ziprasidone hcl... 88

ziprasidone mesylate... 88

ZIRABEV... 84

ZIRGAN... 92

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl...  
23

zoledronic acid... 23

zoledronic acid-mannitol-water...  
23

ZOLINZA... 84

zolpidem... 50

ZONISADE... 67

zonisamide... 67

zovia 1-35 (28)... 38

ZTALMY... 67

ZUBSOLV... 24

zumandimine (28)... 38

ZURZUVAE... 69

ZYDELIG... 84

ZYKADIA... 84

ZYNLONTA... 85

ZYNYZ... 85

ZYPITAMAG... 22

ZYPREXA RELPREVV... 88

## 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**

**CarePlusHealthPlans.com**

Contract/PBP: H1019-023, 073, 146

Este formulario fue actualizado en 10/16/2024. 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).