2026

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de Humana

Lista de medicamentos cubiertos o "lista de medicamentos"

TENGA EN CUENTA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.

Humana Gold Plus SNP-DE A (HMO D-SNP)
Humana Gold Plus SNP-DE (HMO D-SNP)
Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Formulario 26411

Este formulario fue actualizado el 11/02/2026. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, contacte al Equipo de Atención al Cliente de Humana para hacer cualquier pregunta al 1-800-457-4708 o, para los usuarios de TTY, al 711, cinco días a la semana (del 1 de abril al 30 de septiembre) o siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), de 8 a.m. a 8 p.m. Nuestro sistema telefónico automatizado está disponible fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Nuestro sitio web también está disponible las 24 horas, los siete días de la semana, visitando **es-www.humana.com**.

Para obtener una lista completa de los números de contrato/PBP a los que se refiere este documento, consulte la página final de este documento.

Humana®

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

¡Bienvenido a Humana!

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 Humana. Del mismo modo, "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a Humana.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir de noviembre de 2026. 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 Humana Medicare?
En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por Humana con el asesoramiento de un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las terapias recetadas que se consideran que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Humana 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 Humana 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.humana.com/medicaredruglist**.

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 original en el 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 original, 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 Humana?"

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, o 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 terapia por fases para un medicamento.
- Cuando un medicamento se cambia a un nivel superior de costos compartidos

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted 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 Humana?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura, 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.

El formulario adjunto está vigente a partir noviembre de 2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Humana, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto.

¿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.

¿Cómo utilizo el formulario?
Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica
El formulario comienza en la página 13. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías 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 13. 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 7 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 98. 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 en el Índice. Busque y encuentre su medicamento en el Índice. Junto al nombre de su 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.

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

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?
Humana cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprueba un medicamento genérico por tener 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" si usted tiene un plan Medicare Advantage. Si tiene un Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 3, Sección 3.1, "La 'Lista de medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos". El tipo de plan puede encontrarse en la parte superior de su Evidencia de cobertura.

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?
Humana 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
- De si usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red
- De 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 Atención al cliente 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):** Humana requiere que usted obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de Humana antes de surtir sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que Humana no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Para ciertos medicamentos, Humana limita la cantidad del medicamento cubierto. Humana 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, Humana 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 Humana no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, entonces Humana 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 Humana 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 Humana al **1-877-486-2621**. 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 13.

También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando **es-www.humana.com/medicaredruglist**. 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 Humana 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 Humana?**" en la página 8, para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el Formulario?
Si su medicamento no está en el formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe contactarse con Atención al cliente de Humana 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 Humana no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Atención al cliente una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Humana. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Humana.
- Puede pedirle a Humana 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 Humana?
Puede pedirle a Humana 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 Humana Medicare Grupal limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que no se aplique el límite y que cubramos una cantidad mayor.

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

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

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

Por lo general, debemos tomar nuestra decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo del profesional que receta. 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 de su 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 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 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 de la Parte D que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada pero ya pasó los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días, 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 usted 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, Humana 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. Humana 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
Humana 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 Medicare de Humana, **es-www.humana.com**, en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

CenterWell Pharmacy™
Puede surtir sus medicamentos en cualquier farmacia dentro de la red. CenterWell Pharmacy, la farmacia con servicio de envío por correo de Humana, es una opción. CenterWell Pharmacy es la farmacia de pedido por correo de costo compartido preferida para muchos planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés) de Humana, y planes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés). Puede pedir que le envíen sus medicamentos de mantenimiento, medicamentos de especialidad o suministros y recibirlos en el lugar que sea más conveniente para usted. Su medicamento recetado nuevo le estará llegando por correo en un plazo de 7 a 10 días a partir de que CenterWell Pharmacy haya recibido tanto su receta como toda la información necesaria. Las repeticiones de recetas deben llegarle en el transcurso de 5 a 7 días. Para comenzar a usar el servicio u obtener más información, visite **CenterWellpharmacy.com.** También puede llamar a CenterWell Pharmacy al **1-844-222-2151 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., hora del este, y los sábados de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Para más información

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

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

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

Formulario de Humana

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información sobre los medicamentos cubiertos por Humana. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 98.

Su plan 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 97.

Su plan 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 97.

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. Comuníquese 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.
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 estar disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura.
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, consulte su Evidencia de cobertura.
PDS – Suministros diabéticos preferidos; productos de BD/Embecta 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 5 para obtener 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 Humana 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. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 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 7 para obtener más información acerca de estos requisitos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES ÓTICOS		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS **MO**	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS **MO**	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION **MO**	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION **MO**	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS **MO**	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	1	
donepezil 23 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION **MO**	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION **MO**	3	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	2	PA,QL(98 cada 30 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET **MO**	1	
baclofen 20 mg TABLET **MO**	1	
baclofen 5 mg TABLET **MO**	1	QL(90 cada 30 días)
tizanidine 2 mg TABLET **MO**	1	
tizanidine 4 mg TABLET **MO**	1	
AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET **MO**	1	
colchicine 0.6 mg TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	3	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET **MO**	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET **MO**	3	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL **DL**	5	PA,QL(8 cada 30 días)
eletriptan 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	4	QL(9 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR **MO**	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE **MO**	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE **MO**	4	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET **MO**	3	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	3	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE **MO**	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR **MO**	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION **MO**	4	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE **MO**	3	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION **MO**	2	
apomorphine 10 mg/ml CARTRIDGE **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET **MO**	3	
carbidopa 25 mg TABLET **MO**	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET **MO**	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER **MO**	3	
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 **MO**	4	
entacapone 200 mg TABLET **MO**	3	QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET **MO**	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE **MO**	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET **MO**	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR **MO**	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE **MO**	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET **MO**	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER **MO**	4	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET **MO**	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET **MO**	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET **MO**	4	
amiodarone 200 mg TABLET **MO**	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	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 **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET **MO**	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET **MO**	1	
bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET **MO**	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET **MO**	2	
bumetanide 1 mg TABLET **MO**	2	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	1	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET **MO**	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET **MO**	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET **MO**	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER **MO**	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER **MO**	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.05 mg, 0.2 mg, 0.3 mg TABLET **MO**	1	
clonidine hcl 0.1 mg TABLET **MO**	1	
colestipol 1 gram TABLET **MO**	3	
colestipol 5 gram GRANULES **MO**	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET **MO**	4	
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	2	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
diltiazem hcl 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE **MO**	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET **MO**	1	
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET **MO**	3	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
fenofibrate 160 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE **MO**	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET **MO**	1	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION **MO**	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
furosemide 80 mg TABLET **MO**	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET **MO**	2	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE **MO**	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET **MO**	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET **MO**	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	2	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
lisinopril 30 mg TABLET **MO**	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg TABLET **MO**	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET **MO**	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET **MO**	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET **MO**	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE **DL**	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	1	
MULTAQ 400 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
nebivolol 10 mg TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	
niacin 500 mg TABLET **MO**	3	
niacor 500 mg TABLET **MO**	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER **MO**	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	
nimodipine 30 mg CAPSULE **MO**	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION **DL**	5	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. **MO**	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	3	
olmesartan 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET **MO**	4	
pacerone 200 mg TABLET **MO**	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER **MO**	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET **MO**	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	2	
prevalite 4 gram POWDER **MO**	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET **MO**	4	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET **MO**	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. **MO**	4	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET **MO**	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET **MO**	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR **MO**	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR **MO**	3	PA,QL(6 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE **MO**	3	PA,QL(6 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET **MO**	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET **MO**	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET **MO**	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET **MO**	2	
spironolactone 100 mg TABLET **MO**	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
torsemide 20 mg TABLET **MO**	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	
triamterene 100 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET **MO**	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET **MO**	1	
valsartan 160 mg, 320 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE **MO**	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. **MO**	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER **MO**	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET **MO**	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET **MO**	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET **MO**	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET **MO**	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION **MO**	4	QL(300 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE **MO**	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION **MO**	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE **MO**	4	
ENOBY 60 MG/ML SYRINGE **MO**	4	QL(1 cada 180 días)
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET **MO**	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION **MO**	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE **MO**	4	PA,QL(3 cada 90 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE **MO**	4	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE **MO**	4	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET **MO**	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
risedronate 35 mg TABLET **MO**	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC **MO**	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE **MO**	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	3	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA **MO**	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA **MO**	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET **MO**	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC **MO**	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION **MO**	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE **MO**	1	
naltrexone 50 mg TABLET **MO**	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(53 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	3	
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR **MO**	3	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET **MO**	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET **MO**	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
dextromethorphan-quinidine 20-10 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	4	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	2	QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION **MO**	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET **MO**	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH **MO**	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH **MO**	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE **MO**	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	4	PA
adapalene 0.3 % GEL **MO**	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP **MO**	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM **MO**	2	
ammonium lactate 12 % LOTION **MO**	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
azelaic acid 15 % GEL **MO**	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM **MO**	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM **MO**	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL **MO**	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM **MO**	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
clindamycin phosphate 1 % GEL **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB **MO**	2	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL **MO**	4	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL **MO**	4	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM **MO**	4	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL **MO**	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO **MO**	4	QL(240 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION **MO**	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
desonide 0.05 % CREAM **MO**	4	QL(240 cada 30 días)
desonide 0.05 % OINTMENT **MO**	4	QL(240 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL **MO**	3	PA
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL **MO**	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION **MO**	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM **MO**	4	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
fluocinolone 0.025 % OINTMENT **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL **MO**	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM **MO**	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT **MO**	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM **MO**	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM **MO**	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT **MO**	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION **MO**	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone butyrate 0.1 % OINTMENT **MO**	4	QL(180 cada 30 días)
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET **MO**	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM **MO**	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION **MO**	4	
mometasone 0.1 % CREAM **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT **MO**	1	
permethrin 5 % CREAM **MO**	3	
pimecrolimus 1 % CREAM **MO**	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION **MO**	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT **MO**	4	PA,QL(180 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
selenium sulfide 2.5 % LOTION **MO**	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM **MO**	2	
SSD 1 % CREAM **MO**	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT **MO**	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL **MO**	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL **MO**	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM **MO**	3	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE **MO**	4	
ZORYVE 0.15 % CREAM **MO**	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET **MO**	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION **MO**	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE **MO**	4	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	
dicyclomine 20 mg TABLET **MO**	4	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET **MO**	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	2	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION **MO**	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION **MO**	2	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION **MO**	2	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	2	
glutamine (sickle cell) 5 gram POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	3	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION **MO**	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE **MO**	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET **MO**	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	1	
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION **MO**	2	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK **MO**	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK **MO**	4	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION **MO**	1	
sucralfate 1 gram TABLET **MO**	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION **MO**	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION **MO**	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET **MO**	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC **MO**	4	
ursodiol 250 mg TABLET **MO**	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE **MO**	3	
ursodiol 500 mg TABLET **MO**	4	
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULE **DL**	5	PA
XERMELO 250 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET **MO**	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	3	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET **MO**	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET **MO**	4	
camila 0.35 mg TABLET **MO**	2	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY **MO**	4	QL(8 cada 28 días)
conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET **MO**	4	
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	2	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET **MO**	2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE **MO**	3	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET **MO**	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY **MO**	3	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET **MO**	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	3	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET **MO**	2	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT **MO**	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	3	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	2	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
errin 0.35 mg TABLET **MO**	2	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM **MO**	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY **MO**	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	1	
estradiol 10 mcg TABLET **MO**	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL **MO**	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET **MO**	2	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING **MO**	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	3	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	
gallifrey 5 mg TABLET **MO**	3	
GWYN LO 220-20 MCG/24 HR PATCH, WEEKLY **MO**	3	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING **MO**	3	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET **MO**	2	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET **MO**	2	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	2	
jencycla 0.35 mg TABLET **MO**	2	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	3	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	2	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	3	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
mili 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
mimvey 1-0.5 mg TABLET **MO**	2	
mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET **MO**	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT **MO**	3	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLET **MO**	2	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	3	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET **MO**	2	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET **MO**	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
norethindrone acetate 5 mg TABLET **MO**	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET **MO**	2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	2	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET **MO**	2	
ocella 3-0.03 mg TABLET **MO**	2	
orquidea 0.35 mg TABLET **MO**	2	
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET **MO**	4	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET **MO**	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM **MO**	3	
progesterone 50 mg/ml OIL **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
progesterone micronized 100 mg INSERT **MO**	4	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	3	
raloxifene 60 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET **MO**	2	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET **MO**	2	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH **MO**	2	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
syeda 3-0.03 mg TABLET **MO**	2	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET **MO**	2	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET **MO**	2	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET **MO**	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET **MO**	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP **MO**	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL **MO**	3	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL **MO**	2	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	2	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	2	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	2	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	2	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	2	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	2	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	2	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	2	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	2	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET **MO**	2	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET **MO**	2	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET **MO**	2	
tulana 0.35 mg TABLET **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET **MO**	2	
TWIRLA 120-30 MCG/24 HR PATCH, WEEKLY **MO**	3	QL(3 cada 28 días)
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET **MO**	2	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET **MO**	2	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET **MO**	2	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET **MO**	2	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET **MO**	2	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET **MO**	4	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET **MO**	2	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	4	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET **MO**	2	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET **MO**	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	3	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY **MO**	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET **MO**	2	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET **MO**	2	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET **MO**	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION **MO**	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET **MO**	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET **MO**	4	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE **DL**	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION **MO**	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET **MO**	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR **MO**	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE **MO**	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE **MO**	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET **MO**	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION **MO**	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION **MO**	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION **MO**	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION **MO**	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION **MO**	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK **MO**	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE **MO**	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION **MO**	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION **MO**	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION **MO**	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT **MO**	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM **MO**	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM **MO**	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM **MO**	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET **MO**	3	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET **MO**	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET **MO**	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION **MO**	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET **MO**	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET **MO**	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE **MO**	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE **MO**	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE **MO**	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE **MO**	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION **MO**	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT **MO**	4	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION **MO**	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE **MO**	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION **MO**	3	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET **MO**	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION **AV,DL**	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION **DL**	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION **DL**	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	
azathioprine 50 mg TABLET **MO**	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BESREMI PEN 500 MCG/0.5 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE **AV,DL**	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION **MO**	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION **DL**	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION **AV,DL**	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE **AV,DL**	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET **MO**	4	BvsD,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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET **DL**	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET **DL**	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION **DL**	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION **DL**	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE **AV,DL**	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE **DL**	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION **DL**	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT **DL**	5	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION **AV,DL**	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE **DL**	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION **MO**	4	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION **AV,DL**	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE **DL**	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION **AV,DL**	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION **AV,DL**	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT **AV,DL**	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION **AV,DL**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET **MO**	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION **MO**	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION **MO**	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION **MO**	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE **MO**	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET **MO**	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION **MO**	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC **MO**	4	BvsD
OMLYCLO 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
OMLYCLO 75 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION **MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE **MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE **DL**	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION **DL**	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT **AV,DL**	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT **AV,DL**	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT **DL**	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET **MO**	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION **DL**	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE **DL**	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION **AV,DL**	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION **DL**	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION **DL**	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE **DL**	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION **MO**	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR **DL**	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR **DL**	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SYRINGE	5	PA,QL(0.74 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE **AV,DL**	1	
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML PEN INJECTOR **DL**	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION **AV,DL**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION **DL**	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE **DL**	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION **AV,DL**	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE **AV,DL**	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,MO**	1	
VIMKUNYA (PF) 40 MCG/0.8 ML SYRINGE **AV,DL**	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC **AV,MO**	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION **MO**	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR **DL,LA**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE **DL,LA**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR **DL,LA**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE **DL,LA**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION **MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE **MO**	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **AV,DL**	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
atropine 1 % DROPS **MO**	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE **MO**	2	
azelastine 0.05 % DROPS **MO**	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT **MO**	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT **MO**	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION **MO**	4	
betaxolol 0.5 % DROPS **MO**	2	
bimatoprost 0.01 % DROPS **MO**	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS **MO**	1	
carteolol 1 % DROPS **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS **MO**	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS **MO**	3	
cromolyn 4 % DROPS **MO**	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS **DL**	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS **MO**	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS **MO**	2	
dorzolamide 2 % DROPS **MO**	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS **MO**	1	
dorzolamide-timolol (pf) 2-0.5 % DROPPERETTE **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT **MO**	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION **MO**	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION **MO**	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS **MO**	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS **MO**	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS **MO**	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION **MO**	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS **MO**	3	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS **MO**	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS **MO**	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL **MO**	4	
loteprednol etabonate 0.2 %, 0.5 % DROPS, SUSPENSION **MO**	4	
loteprednol etabonate 0.5 % DROPS, GEL **MO**	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS **MO**	3	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	4	
MIEBO (PF) 100 % DROPS **MO**	4	QL(3 cada 30 días)
moxifloxacin 0.5 % DROPS **MO**	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION **MO**	4	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT **MO**	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT **MO**	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT **MO**	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS **MO**	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION **MO**	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS **MO**	2	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS **MO**	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT **MO**	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS **MO**	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION **MO**	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS **MO**	2	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS **MO**	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS **MO**	3	ST
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION **MO**	4	
sulfacetamide sodium 10 % DROPS **MO**	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS **MO**	2	
timolol 0.5 % DROPS **MO**	4	
timolol maleate 0.25 % DROPS **MO**	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION **MO**	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS **MO**	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY **MO**	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE **MO**	4	
tobramycin 0.3 % DROPS **MO**	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION **MO**	2	
travoprost 0.004 % DROPS **MO**	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS **MO**	3	
TRYPTYR 0.003 % DROPPERETTE **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
VYZULTA 0.024 % DROPS **MO**	4	QL(2.5 cada 25 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE **MO**	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET **MO**	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER **MO**	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION **MO**	4	
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
BELSOMRA 5 MG TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ramelteon 8 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION **DL**	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE **DL**	3	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE **DL**	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED **MO**	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN **MO**	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN **MO**	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN **MO**	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE **PDS,MO**	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED **MO**	1	
CEQUR SIMPLICITY 1 UNIT (240 UNIT), 2 UNIT (200 UNIT), 2 UNIT (240 UNIT) DEVICE **MO**	3	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS **MO**	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE **DL**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK **DL**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED **MO**	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE **PDS,MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
DROPLET INSULIN SYRINGE 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 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE **PDS,MO**	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE **MO**	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED **MO**	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
EASYLIFE ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE **MO**	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **PDS,MO**	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED **MO**	1	
mifepristone 300 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD **MO**	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN **MO**	1	
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE **MO**	3	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE **PDS,MO**	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
REZDIFFRA 100 MG, 60 MG, 80 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
sodium chloride 0.9 % SOLUTION **MO**	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION **MO**	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED **MO**	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED **MO**	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE **PDS,MO**	1	
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **PDS,MO**	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED **MO**	1	
XDEMVY 0.25 % DROPS **MO**	4	PA,QL(10 cada 42 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ANALGÉSICOS		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION **DL**	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET **DL**	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET **DL**	3	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY **DL**	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	2	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	2	
diclofenac potassium 50 mg TABLET **MO**	2	
diclofenac sodium 1.5 % DROPS **MO**	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC **MO**	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC **MO**	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC **MO**	1	
ENDOCET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET **MO**	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr PATCH. 72 HR. **DL**	4	QL(20 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET **MO**	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION **DL**	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION **DL**	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET **DL**	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION **DL**	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET **DL**	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET **MO**	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ibuprofen 400 mg TABLET **MO**	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET **MO**	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER **MO**	2	
ketorolac 10 mg TABLET **MO**	2	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET **MO**	2	
meloxicam 15 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET **DL**	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION **DL**	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET **DL**	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION **DL**	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml (2 mg/ml) SOLUTION **DL**	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER **DL**	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET **DL**	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER **DL**	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION **DL**	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER **DL**	3	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION **DL**	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET **MO**	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET **MO**	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC **MO**	1	
naproxen 500 mg TABLET **MO**	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET **MO**	3	
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE **DL**	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE **DL**	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION **DL**	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET **DL**	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE **MO**	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET **MO**	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. **DL**	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **DL**	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET **DL**	2	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION **MO**	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION **MO**	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED **MO**	4	QL(90 cada 30 días)
lidocaine 5 % OINTMENT **MO**	4	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR **MO**	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION **MO**	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION **MO**	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM **MO**	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION **MO**	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION **MO**	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION **MO**	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	3	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET **DL**	3	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING **DL**	4	
clonazepam 0.25 mg, 2 mg TABLET **DL**	3	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET **DL**	4	
diazepam 10 mg TABLET **DL**	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET **DL**	3	QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
diazepam 5 mg TABLET **DL**	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION **DL**	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE **DL**	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE **DL**	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE **MO**	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET **MO**	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET **DL**	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET **DL**	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE **DL**	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE **DL**	3	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION **MO**	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION **MO**	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET **MO**	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE **MO**	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE **MO**	1	
amoxicillin 500 mg TABLET **MO**	1	
amoxicillin 875 mg TABLET **MO**	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET **MO**	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET **MO**	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE **MO**	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION **MO**	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION **DL**	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET **MO**	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
azithromycin 250 mg TABLET **MO**	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION **MO**	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET **MO**	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION **MO**	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE **MO**	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE **MO**	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE **MO**	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE **MO**	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION **MO**	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK **MO**	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE **MO**	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK **MO**	3	
cefixime 400 mg CAPSULE **MO**	4	
cefixime 400 mg TABLET **MO**	4	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	3	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET **MO**	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
ceftaroline fosamil 400 mg, 600 mg RECON SOLUTION **DL**	5	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION **MO**	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE **MO**	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE **MO**	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET **MO**	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET **MO**	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET **MO**	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK **MO**	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	2	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION **MO**	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM **MO**	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION **DL**	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	4	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE **MO**	2	
DIFICID 200 MG TABLET **DL**	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE **MO**	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET **MO**	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET **MO**	3	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
doxycycline monohydrate 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	2	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION **MO**	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC **MO**	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION **DL**	5	
fidaxomicin 200 mg TABLET **DL**	5	
fosfomycin tromethamine 3 gram PACKET **MO**	4	
gentamicin 0.1 % CREAM **MO**	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT **MO**	3	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION **MO**	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION **MO**	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION **MO**	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION **MO**	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET **MO**	2	
levofloxacin 500 mg TABLET **MO**	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK **MO**	3	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK **MO**	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK **MO**	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET **MO**	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 **MO**	4	
metronidazole 0.75 % LOTION **MO**	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL **MO**	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP **MO**	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE **MO**	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET **MO**	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK **MO**	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 2 gram/100 ml PIGGYBACK **DL**	5	
neomycin 500 mg TABLET **MO**	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE **MO**	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	2	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION **MO**	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK **MO**	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK **MO**	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION **MO**	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION **MO**	3	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION **MO**	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION **MO**	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION **MO**	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION **MO**	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION **MO**	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION **DL**	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT **MO**	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION **MO**	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET **MO**	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET **DL**	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION **DL**	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT **DL**	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE **MO**	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE **MO**	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC **MO**	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
epitol 200 mg TABLET **MO**	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION **MO**	4	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE **MO**	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET **MO**	4	PA
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	4	PA
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION **DL,LA**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION **MO**	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION **DL**	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE **MO**	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION **MO**	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION **MO**	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION **DL**	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET **MO**	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE **MO**	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET **MO**	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET **MO**	2	
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION **MO**	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK **MO**	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM **DL**	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE **MO**	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL **DL**	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET **MO**	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION **MO**	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION **DL**	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR **MO**	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET **MO**	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 125 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET **MO**	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE **MO**	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	2	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	
roweepra 500 mg TABLET **MO**	1	
rufinamide 200 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(480 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION **DL**	4	
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET **MO**	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM **DL**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE **MO**	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION **MO**	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION **MO**	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE **MO**	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION **MO**	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 **DL**	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	PA,QL(28 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION **MO**	4	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION **DL**	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	4	
amitriptyline 25 mg TABLET **MO**	4	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	
AUVELITY 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG tablet,IR ER biphasic,dosepack **MO**	4	ST
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC **MO**	4	ST,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	2	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	4	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE **MO**	4	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK **DL**	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg TABLET **MO**	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE **MO**	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
fluoxetine 20 mg TABLET **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION **MO**	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE **MO**	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	
MARPLAN 10 MG TABLET **MO**	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	2	
mirtazapine 45 mg TABLET **MO**	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET **MO**	2	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET **MO**	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION **DL**	5	
sertraline 100 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE **MO**	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET **MO**	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
trazodone 25 mg, 300 mg, 75 mg TABLET **MO**	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET **MO**	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET **MO**	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET **MO**	4	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK **MO**	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY **MO**	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET **MO**	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET **MO**	2	
meclizine 25 mg TABLET **MO**	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	2	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET **MO**	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION **MO**	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET **MO**	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION **MO**	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE **MO**	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY **MO**	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY **MO**	4	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION **MO**	3	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION **MO**	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
ciclodan 8 % SOLUTION **MO**	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL **MO**	4	QL(100 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION **MO**	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM **MO**	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION **MO**	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE **MO**	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION **MO**	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE **DL**	5	PA
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	
fluconazole 150 mg TABLET **MO**	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK **MO**	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE **DL**	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET **MO**	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET **MO**	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET **MO**	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER **MO**	4	
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK **DL**	5	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK **DL**	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY **MO**	3	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER **MO**	4	
nystatin 100,000 unit/gram CREAM **MO**	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT **MO**	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER **MO**	4	
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION **MO**	2	
nystatin 500,000 unit TABLET **MO**	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT **MO**	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER **MO**	4	
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC **DL**	5	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION **DL**	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET **MO**	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM **MO**	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY **MO**	3	
voriconazole 10 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET **MO**	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET **MO**	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET **MO**	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION **MO**	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION **MO**	3	
PRIFTIN 150 MG TABLET **MO**	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET **MO**	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE **MO**	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE **MO**	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
rifapentine 150 mg TABLET **MO**	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET **DL**	5	PA
TRECATOR 250 MG TABLET **MO**	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(120 cada 30 días)
afatinib 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET **DL,LA**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK DL	5	PA,QL(66 cada 28 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BEQALZI 1 MG, 20 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BEQALZI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BEQALZI STARTER PACK 1-5-20-80 MG TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(44 cada 28 días)
bexarotene 1 % GEL DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION MO	4	PA
bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION MO	4	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
bosutinib 100 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
bosutinib 400 mg, 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
CAPRELSA 300 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CAVHANZA 60 MG, 80 MG TABLET, DISINTEGRATING **DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE **DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION **DL**	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION **DL**	5	PA
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION **DL**	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ETCAMAH 75 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE **DL**	5	PA
EVDI 1 MG/20 ML (0.05 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	PA
exemestane 25 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION **MO**	2	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE **DL,LA**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET **DL**	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET **DL,LA**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE **MO**	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE **DL**	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE **MO**	1	
HYRNUO 10 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
imatinib 100 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET **DL**	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION **DL**	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT DL	5	PA
INLURIYO 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI XR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JIDEYTRO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JIDEYTRO 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION DL	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
lapatinib 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION **MO**	3	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION **MO**	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET **DL**	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION **MO**	4	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION **MO**	4	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LIFYORLI 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2) CAPSULE **DL**	5	PA
lomustine 10 mg CAPSULE **MO**	4	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE **DL**	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET **DL**	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET **DL**	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE **DL**	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION **DL**	5	PA,QL(1170 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
MEKINIST 0.5 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION **DL**	5	
mercaptopurine 50 mg TABLET **MO**	3	
mesna 400 mg TABLET **DL**	5	
mitomycin 20 mg, 5 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
mitomycin 40 mg RECON SOLUTION **DL**	5	
MODEYSO 125 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
MVASI 25 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
NERLYNX 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET **DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET **DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET **DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ORSERDU 86 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	5	PA
pazopanib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	5	
QINLOCK 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RASONQUE 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RASONQUE 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET DL	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE DL	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION DL	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
SARCLISA ESCENA 1,400 MG/10 ML SOLUTION DL	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	5	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
SCEMBLIX 20 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION **DL**	5	
sorafenib 200 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET **MO**	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	1	
TAZVERIK 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
toremifene 60 mg TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE **DL**	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE **DL,LA**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
UNLOXCYT 300 MG/5 ML (60 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL **DL**	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION **DL**	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK **DL**	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VEPPANU 100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VEPPANU 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
XALKORI 150 MG PELLET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET **DL**	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET **DL**	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET **DL**	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET **DL**	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET **DL**	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
XTANDI 80 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
yulithira 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZENBEXUS 0.75 MG, 1 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION **DL**	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET **MO**	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET **MO**	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET **MO**	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET **MO**	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE **DL**	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET **MO**	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET **MO**	4	
mefloquine 250 mg TABLET **MO**	2	
nitazoxanide 500 mg TABLET **DL**	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION **MO**	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION **MO**	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET **MO**	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET **MO**	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET **DL**	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE **MO**	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION **MO**	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE **DL**	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK **DL**	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK **DL**	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2) TABLET, DOSE PACK **DL**	4	PA
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE **DL**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET **MO**	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET **MO**	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE **MO**	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
clozapine 100 mg TABLET **MO**	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET **MO**	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET **MO**	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET **MO**	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	4	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK **MO**	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR **MO**	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE **MO**	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION **MO**	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE **MO**	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE **MO**	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE **DL**	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE **MO**	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET **MO**	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET **MO**	4	QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET **MO**	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION **MO**	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET **MO**	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	3	
quetiapine 100 mg TABLET **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON **MO**	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET **MO**	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING **MO**	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION **MO**	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON **MO**	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	QL(2 cada 28 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE **MO**	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET **MO**	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION **DL**	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE **DL**	4	PA,QL(30 cada 30 días)
WELTRUZA 318 MG, 425 MG, 531 MG SUSPENSION, ER, RECON **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE **MO**	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION **MO**	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION **MO**	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **DL**	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION **MO**	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE **MO**	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET **MO**	1	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION **MO**	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET **MO**	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION **DL**	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
BIXLENVO 75-50 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK 75 MG-50 MG /300 MG TABLET **DL**	5	QL(34 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER **DL**	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION **DL**	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET **DL**	5	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
emtricita-rilpivirine-tenof df 200-25-300 mg TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION **MO**	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET **MO**	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
IDVYNSO 100-0.25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET **MO**	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET **DL**	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET **MO**	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET **MO**	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION **DL**	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION **MO**	2	QL(900 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
lamivudine 100 mg TABLET **MO**	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET **MO**	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET **MO**	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET **DL**	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET **MO**	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION **MO**	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET **MO**	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE **MO**	2	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE **MO**	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE **MO**	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET **DL**	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION **DL**	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET **DL**	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET **MO**	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE **MO**	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION **MO**	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ribavirin 200 mg CAPSULE **MO**	3	
ribavirin 200 mg TABLET **MO**	3	
rilpivirine hcl 25 mg TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
rimantadine 100 mg TABLET **MO**	3	
ritonavir 100 mg TABLET **MO**	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION **DL**	5	QL(1800 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET **DL**	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET **DL**	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION **DL**	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION **MO**	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	
TYBOST 150 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET **MO**	3	
valganciclovir 450 mg TABLET **MO**	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION **DL**	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET **DL**	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER **DL**	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET **DL**	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP **MO**	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE **MO**	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL **MO**	4	QL(5 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	2	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE **MO**	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION **MO**	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE **MO**	4	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION **MO**	2	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE **DL**	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE **DL**	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION **MO**	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK **MO**	2	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET **MO**	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET **MO**	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE **MO**	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK **MO**	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE **MO**	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION **MO**	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION **MO**	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION **MO**	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER **MO**	2	
klor-con 10 10 meq TABLET ER **MO**	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER **MO**	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS **MO**	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS **MO**	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS **MO**	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
levocarnitine 330 mg TABLET **MO**	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION **MO**	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION **MO**	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE **MO**	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK **MO**	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK **MO**	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET **MO**	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET **MO**	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK **MO**	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION **MO**	4	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
penicillamine 250 mg TABLET **DL**	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION **MO**	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION **MO**	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 **MO**	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS **MO**	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS **MO**	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER **MO**	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION **MO**	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID **MO**	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER **MO**	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK **MO**	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER **MO**	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK **MO**	2	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	2	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK **MO**	2	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP **MO**	2	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET **MO**	2	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET **MO**	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET **MO**	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET **MO**	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION **MO**	4	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE **MO**	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION **MO**	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK **MO**	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION **MO**	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION **MO**	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER **MO**	3	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION **MO**	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION **MO**	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION **MO**	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE **DL**	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE **DL**	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET **MO**	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION **MO**	4	BvsD
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK **MO**	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE **MO**	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET **MO**	2	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE **MO**	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET **MO**	2	
clopidogrel 300 mg TABLET **MO**	4	
clopidogrel 75 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION **MO**	3	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET **MO**	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE **MO**	3	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE **MO**	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION **MO**	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE **MO**	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE **MO**	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION **MO**	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE **MO**	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE **DL**	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION **DL**	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET **DL**	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION **MO**	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION **DL**	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET **MO**	1	
warfarin 5 mg TABLET **MO**	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION **MO**	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK **MO**	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE **DL**	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 5-1,000 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION **DL**	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE **CI,MO**	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	3	
glimepiride 1 mg TABLET **MO**	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	1	
glipizide 15 mg, 2.5 mg TABLET **MO**	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET **MO**	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,DL**	5	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML CARTRIDGE **CI,MO**	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	2	
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	2	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET **MO**	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET **MO**	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR **MO**	3	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET **MO**	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION **CI,MO**	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION **CI,MO**	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION **CI,MO**	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE **CI,MO**	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR **MO**	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET **MO**	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET **MO**	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET **MO**	3	PA,QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 100-1,000 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE **MO**	3	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 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
sitagliptin phosphate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN **CI,MO**	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN **CI,MO**	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION **CI,MO**	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR **MO**	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR **MO**	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE **MO**	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
chlorzoxazone 500 mg TABLET **MO**	4	
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET **MO**	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET **MO**	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION **MO**	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(32.1 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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 2 mg/5 ml SYRUP **MO**	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION **MO**	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR **MO**	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	2	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(10.7 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION **MO**	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION **MO**	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST **MO**	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE **MO**	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION **MO**	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR **MO**	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR **DL**	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION **MO**	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE **MO**	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION **MO**	2	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER **MO**	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER **MO**	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
macitentan 10 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL **MO**	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET **MO**	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET **MO**	1	QL(30 cada 30 días)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR **DL**	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE **DL**	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE **DL**	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION **DL**	5	BvsD
riociguat 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
roflumilast 250 mcg TABLET **MO**	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET **MO**	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE **MO**	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST **MO**	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET **MO**	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. **MO**	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y 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
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL **DL**	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL **DL**	5	PA,QL(56 cada 28 días)
UPTRAVI 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 100 MCG, 150 MCG TABLET **DL**	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK **DL**	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT **DL**	5	PA
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE **MO**	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET **MO**	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER **DL**	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC **MO**	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE **MO**	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION **DL**	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE **DL**	5	
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION **DL**	5	PA
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET **DL**	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER **DL**	5	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET **DL**	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION **DL**	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET **DL**	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION **DL**	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 12. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 7.

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/Embecta y HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de Humana

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

*Su plan 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.

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

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

Índice

A

abacavir-lamivudine... 81
abacavir... 81
ABELCET... 65
abigale lo... 29
abigale... 29
ABILIFY ASIMTUFII... 77, 78
ABILIFY MAINTENA... 78
abiraterone... 67
abirtega... 67
ABRYSVO (PF)... 39
acamprosate... 22
acarbose... 91
accutane... 24
acebutolol... 15
acetaminophen-codeine... 51
acetazolamide... 15
acetic acid... 54
acetylcysteine... 93
acitretin... 24
ACTHIB (PF)... 39
ACTIMMUNE... 39
acyclovir sodium... 81
acyclovir... 81
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 39
ADALIMUMAB-ADAZ... 39
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS... 39
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV... 39
ADALIMUMAB-ADBM... 39
adapalene... 24
adefovir... 81
ADEMPAS... 93
ADSTILADRIN... 47
ADVAIR HFA... 93
afatinib... 67
afirmelle... 29
AIRSUPRA... 93
AKEEGA... 67
albendazole... 77
albuterol sulfate... 93, 94
ALCOHOL PADS... 47
ALCOHOL PREP PADS... 47
ALCOHOL SWABS... 47
ALCOHOL WIPES... 47
ALECENSA... 67
alendronate... 21
alfuzosin... 29
aliskiren... 15
allopurinol... 13
alosetron... 27
alprazolam... 53
altavera (28)... 29
ALUNBRIG... 67, 68
alyacen 1/35 (28)... 29
alyacen 7/7/7 (28)... 29
alyq... 94
amantadine hcl... 14
ambrisentan... 94
amethia... 29
amethyst (28)... 29
amikacin... 54
amiloride-hydrochlorothiazide... 15
amiloride... 15
aminophylline... 94
AMINOSYN II 10 %... 85
AMINOSYN II 15 %... 85
AMINOSYN-PF 10 %... 85
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 85
amiodarone... 15
amitriptyline... 63
amlodipine-atorvastatin... 15
amlodipine-benazepril... 15
amlodipine-olmesartan... 15
amlodipine-valsartan... 15
amlodipine... 15
ammonium lactate... 24
amnesteem... 24
amoxapine... 63
amoxicillin-pot clavulanate... 54
amoxicillin... 54
amphotericin b liposome... 65
amphotericin b... 65
ampicillin sodium... 54
ampicillin-sulbactam... 54
ampicillin... 54
anagrelide... 89
anastrozole... 68
ANKTIVA... 68
apomorphine... 14
aprepitant... 65
apri... 29
APTIVUS... 81
aranelle (28)... 30
ARCALYST... 39
AREXVY (PF)... 39
arformoterol... 94
ARIKAYCE... 54
aripiprazole... 78
ARISTADA INITIO... 78
ARISTADA... 78
ARMOUR THYROID... 37
ARNUITY ELLIPTA... 94
asenapine maleate... 78
ashlyna... 30
atazanavir... 81
atenolol-chlorthalidone... 15
atenolol... 15
atomoxetine... 23
atorvastatin... 15
atovaquone-proguanil... 77
atovaquone... 77
ATROPINE SULFATE (PF)... 44
atropine... 44
ATROVENT HFA... 94
aubra eq... 30
aubra... 30
AUGTYRO... 68
aurovela 1.5/30 (21)... 30

aurovela 1/20 (21)... 30
aurovela 24 fe... 30
aurovela fe 1-20 (28)... 30
aurovela fe 1.5/30 (28)... 30
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)... 23
AUSTEDO XR... 23
AUSTEDO... 23
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 47
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 47
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 47
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 47
AUVELITY... 63
AUVI-Q... 94
aviane... 30
AVMAPKI-FAKZYNJA... 68
ayuna... 30
AYVAKIT... 68
azacitidine... 68
azathioprine... 39
azelaic acid... 25
azelastine... 44, 94
azithromycin... 54, 55
aztreonam... 55
azurette (28)... 30

B

bacitracin-polymyxin b... 44
bacitracin... 44, 55
baclofen... 13
bal-care dha... 85
balsalazide... 22
BALVERSA... 68
balziva (28)... 30
BAND-AID GAUZE PADS... 47
BAQSIMI... 91
BARACLUDE... 81
BAVENCIO... 68
BCG VACCINE, LIVE (PF)... 39
BD ALCOHOL SWABS... 47
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 47
BD ECLIPSE LUER-LOK... 47
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 47
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 47
BD INSULIN SYRINGE U-500... 47
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 47
BD INSULIN SYRINGE... 47
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 47
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 47
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 48
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 48
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 48
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 48
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 48
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 48
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 48
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 48
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 48
BELSOMRA... 46, 47
benazepril-hydrochlorothiazide... 16
benazepril... 15
BENLYSTA... 40
benztropine... 14
BEQALZI STARTER PACK... 68
BEQALZI... 68
BESREMI PEN... 40
BESREMI... 40
BETADINE OPHTHALMIC PREP... 44
betaine... 96
betamethasone acet,sod phos... 36
betamethasone dipropionate... 25
betamethasone valerate... 25
betamethasone, augmented... 25
betaxolol... 44
bethanechol chloride... 29
bexarotene... 68
BEXSERO... 40
bicalutamide... 68
BICILLIN C-R... 55
BICILLIN L-A... 55
BIKTARVY... 81
bimatoprost... 44
bisoprolol fumarate... 16
bisoprolol-hydrochlorothiazide... 16
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK... 81
BIXLENVO... 81
blisovi 24 fe... 30
blisovi fe 1.5/30 (28)... 30
blisovi fe 1/20 (28)... 30
BOOSTRIX TDAP... 40
BORDERED GAUZE... 48
BORTEZOMIB... 68
BOSULIF... 68
bosutinib... 68
BRAFTOVI... 68
BREO ELLIPTA... 94
BREZTRI AEROSPHERE... 94
briellyn... 30
brimonidine... 44
brivaracetam... 59
BRIVIACT... 59
bromocriptine... 14
BRUKINSA... 68
budesonide... 22, 94
bumetanide... 16
bupivacaine (pf)... 53
bupivacaine hcl... 53
buprenorphine hcl... 22
buprenorphine-naloxone... 22
buprenorphine... 51
bupropion hcl (smoking deter)... 22
bupropion hcl... 63
buspirone... 53
butalbital-acetaminophen-caff... 48
BYSANTI TITRATION PACK A... 78
BYSANTI TITRATION PACK B... 78
BYSANTI TITRATION PACK C... 78
BYSANTI... 78

C

c-nate dha... 85
CABENUVA... 81
cabergoline... 38
CABOMETYX... 68
calcipotriene... 25
calcitonin (salmon)... 21
calcitriol... 21
calcium chloride... 85
calcium gluconate... 85
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 68
camila... 30
camrese lo... 30
camrese... 30
candesartan-hydrochlorothiazid... 16
candesartan... 16
CAPLYTA... 78
CAPRELSA... 68, 69
captopril-hydrochlorothiazide... 16
captopril... 16
carbamazepine... 59
carbidopa-levodopa-entacapone... 15
carbidopa-levodopa... 14, 15
carbidopa... 14
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 48
carglumic acid... 85
carteolol... 44
cartia xt... 16
carvedilol... 16
caspofungin... 65
CAVHANZA... 69
CAYSTON... 94
cefaclor... 55
cefadroxil... 55
cefazolin in dextrose (iso-os)... 55
cefazolin... 55
cefdinir... 55
cefepime in dextrose 5 %... 55
cefepime in dextrose,iso-osm... 55
cefepime... 55
cefixime... 55
cefotetan... 55
cefoxitin in dextrose, iso-osm... 55
cefoxitin... 55
cefpodoxime... 55
cefprozil... 55
ceftaroline fosamil... 55
ceftazidime... 55
ceftriaxone in dextrose,iso-os... 55
ceftriaxone... 55
cefuroxime axetil... 56
cefuroxime sodium... 56
celecoxib... 51
cephalexin... 56
CEQUR SIMPLICITY INSERTER... 48
CEQUR SIMPLICITY... 48
cetirizine... 94
chateal eq (28)... 30
CHEMET... 85
chlorhexidine gluconate... 24
chloroquine phosphate... 77
chlorpromazine... 78
chlorthalidone... 16
chlorzoxazone... 93
cholestyramine (with sugar)... 16
cholestyramine light... 16
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 36
ciclodan... 65
ciclopirox... 65, 66
cidofovir... 81
cilostazol... 89
CIMDUO... 81
cimetidine hcl... 27
cimetidine... 27
cinacalcet... 21
ciprofloxacin hcl... 45, 56
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 56
citalopram... 63
claravis... 25
clarithromycin... 56
clindamycin hcl... 56
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 56
clindamycin in 5 % dextrose... 56
clindamycin palmitate hcl... 56
clindamycin pediatric... 56
clindamycin phosphate... 25, 56
clindamycin-benzoyl peroxide... 25
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 85
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 85
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 85
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 85
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 85
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 85
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 85
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 85
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 85
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 85
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 85
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 85
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 85
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 85
CLINISOL SF 15 %... 85
CLINOLIPID... 85
clobazam... 60
clobetasol-emollient... 25
clobetasol... 25
clomipramine... 63
clonazepam... 53
clonidine hcl... 16
clonidine... 16
clopidogrel... 89

clorazepate dipotassium... 53
clotrimazole-betamethasone... 66
clotrimazole... 66
clozapine... 78
COARTEM... 77
COBENFY STARTER PACK... 48
COBENFY... 48
colchicine... 13
colestipol... 16
colistin (colistimethate na)... 56
COMBIGAN... 45
COMBIPATCH... 30
COMBIVENT RESPIMAT... 94
COMETRIQ... 69
complete natal dha... 85
compro... 65
conjugated estrogens... 30
constulose... 27
COPIKTRA... 69
COSENTYX (2 SYRINGES)... 40
COSENTYX PEN (2 PENS)... 40
COSENTYX PEN... 40
COSENTYX UNOREADY PEN... 40
COSENTYX... 40
COTELLIC... 69
CREON... 96
CRESEMBA... 66
cromolyn... 45, 94
cryselle (28)... 30
CURITY ALCOHOL SWABS... 48
CURITY GAUZE... 48
cyclobenzaprine... 93
cyclophosphamide... 69
cyclosporine modified... 40
cyclosporine... 40, 45
CYRAMZA... 69
cyred eq... 30
cyred... 30
CYSTAGON... 96
CYSTARAN... 45

D

d10 %-0.45 % sodium chloride... 85
d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 85
d5 % and 0.9 % sodium chloride... 85
d5 %-0.45 % sodium chloride... 85
dabigatran etexilate... 89
danazol... 30
DANYELZA... 69
DANZITEN... 69
dapagliflozin-metformin... 91
dapagliflozin... 91
dapsone... 67
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 40
daptomycin in 0.9 % sod chlor... 56
daptomycin... 56
darunavir... 81
DARZALEX FASPRO... 69
DARZALEX... 69
dasatinib... 69
dasetta 1/35 (28)... 30
dasetta 7/7/7 (28)... 30
DAURISMO... 69
daysee... 30
deblitane... 30
decitabine... 69
deferasirox... 86
DELSTRIGO... 81
DENGVAXIA (PF)... 40
DEPO-ESTRADIOL... 30
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 31
DERMACEA... 48
DESCOVY... 82
desipramine... 63
desloratadine... 94
desmopressin... 36
desog-e.estradiol/e.estradiol... 31
desogestrel-ethinyl estradiol... 31
desonide... 25
desvenlafaxine succinate... 63
dexamethasone intensol... 36
dexamethasone sodium phos (pf)... 37
dexamethasone sodium phosphate... 37, 45
dexamethasone... 36
dexmethylphenidate... 23
dextroamphetamine sulfate... 23
dextroamphetamine-amphetamine... 23
dextromethorphan-quinidine... 23
dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 86
dextrose 10 % in water (d10w)... 86
dextrose 20 % in water (d20w)... 86
dextrose 25 % in water (d25w)... 86
dextrose 30 % in water (d30w)... 86
dextrose 40 % in water (d40w)... 86
dextrose 5 % in water (d5w)... 86
dextrose 5 %-lactated ringers... 86
dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 86
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 86
dextrose 50 % in water (d50w)... 86
dextrose 70 % in water (d70w)... 86
DIACOMIT... 60
diazepam intensol... 54
diazepam... 53, 54, 60
diazoxide... 91
diclofenac potassium... 51
diclofenac sodium... 25, 45, 51
dicloxacillin... 56
dicyclomine... 27
DIFICID... 56
digoxin... 16
dihydroergotamine... 14
DILANTIN... 60
dilt-xr... 16
diltiazem hcl... 16, 17
dimethyl fumarate... 23
diphenhydramine hcl... 94
diphenoxylate-atropine... 27
disulfiram... 22
divalproex... 60
dofetilide... 17
dolishale... 31
donepezil... 13
dorzolamide-timolol (pf)... 45

dorzolamide-timolol... 45
dorzolamide... 45
dotti... 31
DOVATO... 82
doxazosin... 17
doxepin... 54
doxercalciferol... 21
doxy-100... 56
doxycycline hyclate... 56
doxycycline monohydrate... 57
DRIZALMA SPRINKLE... 23
dronabinol... 65
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 48
DROPLET INSULIN SYRINGE... 48, 49
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 49
DROPLET PEN NEEDLE... 49
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 49
DROPSAFE PEN NEEDLE... 49
drospirenone-ethinyl estradiol... 31
DROXIA... 49
DUAVEE... 31
duloxetine... 23, 24
DUPIXENT PEN... 40
DUPIXENT SYRINGE... 40
dutasteride-tamsulosin... 29
dutasteride... 29

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 49
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 49
EASYLIFE ALCOHOL PADS... 49
EDURANT PED... 82
EDURANT... 82
efavirenz-emtricitabin-tenofov... 82
efavirenz-lamivu-tenofov disop... 82
efavirenz... 82
electrolyte-148... 86
electrolyte-48 in d5w... 86
electrolyte-a... 86
ELELYSO... 96
eletriptan... 14
ELIGARD (3 MONTH)... 38
ELIGARD (4 MONTH)... 38
ELIGARD (6 MONTH)... 38
ELIGARD... 38
elinest... 31
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 89
ELIQUIS SPRINKLE... 89
ELIQUIS... 89
ELMIRON... 29
eluryng... 31
EMGALITY PEN... 14
EMGALITY SYRINGE... 14
EMPLICITI... 69
EMSAM... 63
emtricita-rilpivirine-tenof df... 82
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 82
emtricitabine... 82
EMTRIVA... 82
emzahh... 31
enalapril maleate... 17
enalapril-hydrochlorothiazide... 17
ENBREL MINI... 40
ENBREL SURECLICK... 40
ENBREL... 40
ENDOCET... 51
ENDOMETRIN... 31
ENGERIX-B (PF)... 40
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 40
enilloring... 31
ENOBY... 21
enoxaparin... 89
enpresse... 31
ENSACOVE... 69
enskyce... 31
entacapone... 15
entecavir... 82
ENTRESTO SPRINKLE... 17
enulose... 27
ENVARSUS XR... 40
EPCLUSA... 82
EPIDIOLEX... 60
epinephrine... 94
epitol... 60
EPRONTIA... 60
ERBITUX... 69
ergotamine-caffeine... 14
ERIVEDGE... 69
ERLEADA... 69
erlotinib... 69
errin... 31
ertapenem... 57
ERYTHROCIN... 57
erythromycin lactobionate... 57
erythromycin with ethanol... 25
erythromycin... 45, 57
escitalopram oxalate... 63
eslicarbazepine... 60
esomeprazole magnesium... 27
estarylla... 31
estradiol valerate... 31
estradiol-norethindrone acet... 31
estradiol... 31
ESTRING... 31
eszopiclone... 47
ETCAMAH... 69
ethambutol... 67
ethosuximide... 60
ethynodiol diac-eth estradiol... 31
etodolac... 51
etonogestrel-ethinyl estradiol... 31
etravirine... 82
EULEXIN... 69
EVDI... 69
everolimus (antineoplastic)... 69, 70
everolimus (immunosuppressive)... 40, 41
EVOTAZ... 82
exemestane... 70
EXXUA... 63
EYSUVIS... 45
ezetimibe-simvastatin... 17
ezetimibe... 17

F

falmina (28)... 31
famciclovir... 82
famotidine (pf)... 27

famotidine... 27
FANAPT TITRATION PACK A... 79
FANAPT TITRATION PACK B... 79
FANAPT TITRATION PACK C... 79
FANAPT... 78
FARXIGA... 91
FASENRA PEN... 94
febuxostat... 13
feirza... 31
felbamate... 60
felodipine... 17
FEMLYV... 31
fenofibrate micronized... 17
fenofibrate nanocrystallized... 17
fenofibrate... 17
fenofibric acid... 17
fentanyl... 51
fesoterodine... 29
FETZIMA... 63
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 91
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 91
FIASP U-100 INSULIN... 91
fidaxomicin... 57
finasteride... 29
fingolimod... 24
FINTEPLA... 60
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 38
FIRMAGON... 38
flecainide... 17
fluconazole in nacl (iso-osm)... 66
fluconazole... 66
flucytosine... 66
fludrocortisone... 37
flunisolide... 94
fluocinolone acetonide oil... 13
fluocinolone and shower cap... 26
fluocinolone... 25, 26
fluocinonide... 26
fluorometholone... 45
fluorouracil... 26, 70
fluoxetine... 63, 64
fluphenazine decanoate... 79
fluphenazine hcl... 79
flurbiprofen sodium... 45
flurbiprofen... 51
fluticasone propion-salmeterol... 94
fluticasone propionate... 26, 94
fluvastatin... 17
fluvoxamine... 64
folic acid... 97
FORTEO... 21
fosamprenavir... 82
fosfomycin tromethamine... 57
fosinopril-hydrochlorothiazide... 17
fosinopril... 17
fosphenytoin... 60
FOTIVDA... 70
FRUZAQLA... 70
furosemide... 17
FUZEON... 82
FYCOMPA... 60

G

gabapentin... 60
galantamine... 13
gallifrey... 31
GAMUNEX-C... 41
GARDASIL 9 (PF)... 41
gatifloxacin... 45
GAUZE BANDAGE... 49
GAUZE PAD... 49
gavilyte-c... 27
gavilyte-g... 27
gavilyte-n... 27
GAVRETO... 70
GAZYVA... 70
gefitinib... 70
gemfibrozil... 17
GEMTESA... 29
generlac... 27
gentamicin in nacl (iso-osm)... 57
gentamicin sulfate (ped) (pf)... 57
gentamicin... 45, 57
GENVOYA... 82
GILOTRIF... 70
glatiramer... 24
glatopa... 24
GLEOSTINE... 70
glimepiride... 91
glipizide-metformin... 91
glipizide... 91
glutamine (sickle cell)... 27
glycopyrrolate... 28
GLYXAMBI... 91
GOMEKLI... 70
granisetron hcl... 65
griseofulvin microsize... 66
griseofulvin ultramicrosize... 66
guanfacine... 17, 24
GWYN LO... 31

H

HAEGARDA... 41
hailey 24 fe... 32
hailey fe 1.5/30 (28)... 32
hailey fe 1/20 (28)... 32
hailey... 32
haloette... 32
haloperidol decanoate... 79
haloperidol lactate... 79
haloperidol... 79
HAVRIX (PF)... 41
heather... 32
heparin (porcine)... 90
heparin, porcine (pf)... 90
HEPLISAV-B (PF)... 41
HERNEXEOS... 70
HIBERIX (PF)... 41
HUMIRA PEN... 41
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 41
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 41
HUMIRA(CF) PEN... 41
HUMIRA(CF)... 41
HUMIRA... 41
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 91
hydralazine... 17

hydrochlorothiazide... 17
hydrocodone-acetaminophen... 51
hydrocodone-ibuprofen... 51
hydrocortisone butyrate... 26
hydrocortisone-acetic acid... 13
hydrocortisone... 22, 26
hydromorphone... 51
hydroxychloroquine... 77
hydroxyurea... 70
hydroxyzine hcl... 54
hydroxyzine pamoate... 94
HYRNUO... 70

I

ibandronate... 21
IBRANCE... 70
IBTROZI... 70
ibu... 51
ibuprofen... 51, 52
icatibant... 41
iclevia... 32
ICLUSIG... 70
IDHIFA... 70
IDVYNSO... 82
ILEVRO... 45
imatinib... 70
IMBRUVICA... 70
IMFINZI... 70
imipenem-cilastatin... 57
imipramine hcl... 64
imiquimod... 26
IMJUDO... 71
IMKELDI... 71
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 41
IMPAVIDO... 77
incassia... 32
INCONTROL ALCOHOL PADS... 49
INCRELEX... 36
indapamide... 17
indomethacin... 52
INFANRIX (DTAP) (PF)... 41
INLEXZO... 71
INLURIYO... 71
INLYTA... 71
INQOVI... 71
INREBIC... 71
INSULIN ASPART U-100... 91
INSULIN LISPRO... 91
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 49
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 49
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE... 49
INTELENCE... 82
INTRALIPID... 86
introvale... 32
INVEGA HAFYERA... 79
INVEGA SUSTENNA... 79
INVEGA TRINZA... 79
IONOSOL-MB IN D5W... 86
IPOL... 41
ipratropium bromide... 94, 95
ipratropium-albuterol... 95
irbesartan-hydrochlorothiazide... 18
irbesartan... 18
ISENTRESS HD... 82
ISENTRESS... 82
isibloom... 32
ISOLYTE S PH 7.4... 86
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 86
ISOLYTE-S... 86
isoniazid... 67
isosorbide dinitrate... 18
isosorbide mononitrate... 18
isosorbide-hydralazine... 18
isotretinoin... 26
ITOVEBI... 71
itraconazole... 66
IV PREP WIPES... 49
ivabradine... 18
ivermectin... 77
IWILFIN... 71
IXIARO (PF)... 41

J

jaimiess... 32
JAKAFI XR... 71
JAKAFI... 71
jantoven... 90
JANUMET XR... 91
JANUMET... 91
JANUVIA... 91
JARDIANCE... 91
jasmiel (28)... 32
JAYPIRCA... 71
JEMPERLI... 71
jencycla... 32
JENTADUETO XR... 91
JENTADUETO... 91
JIDEYTRO... 71
juleber... 32
JULUCA... 82
junel 1.5/30 (21)... 32
junel 1/20 (21)... 32
junel fe 1.5/30 (28)... 32
junel fe 1/20 (28)... 32
junel fe 24... 32
JYLAMVO... 41
JYNARQUE... 86
JYNNEOS (PF)... 41

K

KABIVEN... 86
KALETRA... 82
kalliga... 32
KANJINTI... 71
kariva (28)... 32
kelnor 1/35 (28)... 32
kelnor 1/50 (28)... 32
KERENDIA... 18
KESIMPTA PEN... 24
ketoconazole... 66
ketorolac... 45, 52
KEYTRUDA QLEX... 71
KEYTRUDA... 71
KINRIX (PF)... 41
kionex... 86
KISQALI... 71
klayesta... 66
KLOR-CON 10... 86
klor-con 8... 86
klor-con m10... 87

KLOR-CON M15... 87
klor-con m20... 87
KLOXXADO... 22
KOMZIFTI... 71
KOSELUGO... 71
KRAZATI... 71
kurvelo (28)... 32

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad... 32
labetalol... 18
lacosamide... 60
lactated ringers... 87
lactulose... 28
lamivudine-zidovudine... 83
lamivudine... 82, 83
lamotrigine... 60, 61
LAMPIT... 77
lanreotide... 38
lansoprazole... 28
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 92
LANTUS U-100 INSULIN... 92
lapatinib... 71
larin 1.5/30 (21)... 32
larin 1/20 (21)... 32
larin 24 fe... 32
larin fe 1.5/30 (28)... 32
larin fe 1/20 (28)... 32
latanoprost... 45
LAZCLUZE... 71
leena 28... 32
leflunomide... 41
lenalidomide... 72
LENVIMA... 72
lessina... 32
letrozole... 72
leucovorin calcium... 72
LEUKERAN... 72
leuprolide acetate (3 month)... 38
leuprolide... 38
levalbuterol tartrate... 95
levetiracetam in nacl (iso-os)... 61
levetiracetam... 61
LEVO-T... 37
levobunolol... 45
levocarnitine (with sugar)... 87
levocarnitine... 87
levocetirizine... 95
levofloxacin in d5w... 57
levofloxacin... 57
levoleucovorin calcium... 72
levonest (28)... 33
levonorg-eth estrad triphasic... 33
levonorgestrel-ethinyl estrad... 33
levora-28... 33
levothyroxine... 37, 38
LEVOXYL... 38
LIBERVANT... 61
LIBTAYO... 72
lidocaine hcl... 53
lidocaine-epinephrine... 53
lidocaine-prilocaine... 53
lidocaine... 53
LIFYORLI... 72
linagliptin-metformin... 92
linezolid in dextrose 5%... 57
linezolid-0.9% sodium chloride... 57
linezolid... 57
LINZESS... 28
liomny... 38
liothyronine... 38
lisinopril-hydrochlorothiazide... 18
lisinopril... 18
lithium carbonate... 46
lithium citrate... 46
LIVTENCITY... 83
lo-zumandimine (28)... 33
LOCOID LIPOCREAM... 26
LOESTRIN 1.5/30 (21)... 33
LOESTRIN 1/20 (21)... 33
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 33
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 33
lojaimiess... 33
LOKELMA... 87
lomustine... 72
LONSURF... 72
loperamide... 28
lopinavir-ritonavir... 83
LOQTORZI... 72
lorazepam intensol... 54
lorazepam... 54
LORBRENA... 72
loryna (28)... 33
losartan-hydrochlorothiazide... 18
losartan... 18
LOTEMAX SM... 45
loteprednol etabonate... 45
lovastatin... 18
low-ogestrel (28)... 33
loxapine succinate... 79
lubiprostone... 28
luizza... 33
LUMAKRAS... 72
LUMIGAN... 45
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 38
LUPRON DEPOT... 38
lurasidone... 79
lurbipr... 52
lutera (28)... 33
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)... 38
LYBALVI... 79
lyleq... 33
lyllana... 33
LYNPARZA... 72
LYSODREN... 72
LYTGOBI... 72
lyza... 33

M

M-M-R II (PF)... 41
m-natal plus... 87
macitentan... 95
magnesium sulfate in d5w... 87
magnesium sulfate in water... 87
magnesium sulfate... 87
malathion... 26
maraviroc... 83
MARGENZA... 72
marlissa (28)... 33
MARPLAN... 64

MATULANE... 72
meclizine... 65
medroxyprogesterone... 33
mefloquine... 77
megestrol... 33
MEKINIST... 72, 73
MEKTOVI... 73
meleya... 33
meloxicam... 52
memantine... 13
MENEST... 33
MENQUADFI (PF)... 41
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 41
mercaptopurine... 73
meropenem-0.9% sodium chloride... 57
meropenem... 57
mesalamine... 22
mesna... 73
metformin... 92
methadone intensol... 52
methadone... 52
methazolamide... 45
methenamine hippurate... 57
methimazole... 39
methocarbamol... 93
methotrexate sodium (pf)... 42
methotrexate sodium... 42
methsuximide... 61
methyldopa... 18
methylphenidate hcl... 24
methylprednisolone acetate... 37
methylprednisolone sodium succ... 37
methylprednisolone... 37
metoclopramide hcl... 65
metolazone... 18
metoprolol succinate... 18
metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 18
metoprolol tartrate... 18
metronidazole in nacl (iso-os)... 58
metronidazole... 57, 58
metyrosine... 18
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL... 66
micafungin... 66
miconazole-3... 66
microgestin 1.5/30 (21)... 33
microgestin 1/20 (21)... 33
microgestin fe 1.5/30 (28)... 33
microgestin fe 1/20 (28)... 34
midodrine... 18
MIEBO (PF)... 45
mifepristone... 49
mili... 34
mimvey... 34
minocycline... 58
minoxidil... 18
MIRENA... 49
mirtazapine... 64
misoprostol... 28
mitomycin... 73
modafinil... 47
MODEYSO... 73
moexipril... 18
molindone... 79
mometasone... 26, 95
mondoxyne nl... 58
mono-linyah... 34
montelukast... 95
morphine concentrate... 52
morphine... 52
MOUNJARO... 92
MOVANTIK... 28
moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 58
moxifloxacin... 45, 58
MRESVIA (PF)... 42
MULTAQ... 18
mupirocin... 26
MVASI... 73
mycophenolate mofetil (hcl)... 42
mycophenolate mofetil... 42
mycophenolate sodium... 42
MYRBETRIQ... 29

N

nabumetone... 52
nadolol... 18
nafcillin in dextrose iso-osm... 58
nafcillin... 58
naloxone... 22
naltrexone... 22
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 49
NANO PEN NEEDLE... 49
naproxen sodium... 52
naproxen... 52
naratriptan... 14
NATACYN... 45
NATAZIA... 34
nateglinide... 92
NAYZILAM... 61
nebivolol... 19
necon 0.5/35 (28)... 34
nefazodone... 64
neo-vital rx... 87
neomycin-bacitracin-poly-hc... 45
neomycin-bacitracin-polymyxin... 45
neomycin-polymyxin b-dexameth... 45
neomycin-polymyxin-gramicidin... 46
neomycin-polymyxin-hc... 13, 46
neomycin... 58
NEONATAL COMPLETE... 87
NEONATAL PLUS VITAMIN... 87
NEONATAL-DHA... 87
NERLYNX... 73
nevirapine... 83
NEXLETOL... 19
NEXLIZET... 19
NEXPLANON... 34
niacin... 19
niacor... 19
NICOTROL NS... 22
nifedipine... 19
nikki (28)... 34
nilotinib d-tartrate... 73
nilotinib hcl... 73

nilutamide... 73
nimodipine... 19
NINLARO... 73
nintedanib... 95
nitazoxanide... 77
nitisinone... 96
nitrofurantoin macrocrystal... 58
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 58
nitroglycerin... 19, 49
NIVESTYM... 90
nizatidine... 28
NORA-BE... 34
norelgestromin-ethin.estradiol... 34
noreth-ethinyl estradiol-iron... 34
norethindrone (contraceptive)... 34
norethindrone ac-eth estradiol... 34
norethindrone acetate... 34
norethindrone-e.estradiol-iron... 34
norgestimate-ethinyl estradiol... 34
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 87
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 87
NORMOSOL-R PH 7.4... 87
NORMOSOL-R... 87
nortrel 0.5/35 (28)... 34
nortrel 1/35 (21)... 34
nortrel 1/35 (28)... 34
nortrel 7/7/7 (28)... 34
nortriptyline... 64
NORVIR... 83
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 92
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 92
NOVOLIN N FLEXPEN... 92
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 92
NOVOLIN R FLEXPEN... 92
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 92
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 92
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 92
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 92
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 92
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 92
NOVOPEN ECHO... 49
np thyroid... 38
NUBEQA... 73
NUCALA... 95
NUEDEXTA... 24
NUPLAZID... 79
NUTRILIPID... 87
nyamyc... 66
nylia 1/35 (28)... 34
nylia 7/7/7 (28)... 34
nystatin-triamcinolone... 66, 67
nystatin... 66
nystop... 67

O

ocella... 34
octreotide acetate... 38
octreotide,microspheres... 39
ODEFSEY... 83
ODOMZO... 73
ofloxacin... 13, 46, 58
OGSIVEO... 73
OJEMDA... 73
OJJAARA... 73
olanzapine... 80
olmesartan-amlodipin-hcthiazid... 19
olmesartan-hydrochlorothiazide... 19
olmesartan... 19
omega-3 acid ethyl esters... 19
omeprazole... 28
OMLYCLO... 42
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS)... 49
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 49
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 49
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS)... 49
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 49
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 50
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 50
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 50
OMNIPOD GO PODS... 50
OMNITROPE... 36
ondansetron hcl (pf)... 65
ondansetron hcl... 65
ondansetron... 65
one natal rx... 87
ONUREG... 73
OPDIVO QVANTIG... 73
OPDIVO... 73
OPDUALAG... 73
OPIPZA... 80
OPVEE... 22
ORGOVYX... 73
orquidea... 34
ORSERDU... 73, 74
oseltamivir... 83
OTULFI... 42
oxacillin in dextrose(iso-osm)... 58
oxacillin... 58
oxcarbazepine... 61
oxybutynin chloride... 29
oxycodone-acetaminophen... 52, 53

oxycodone... 52
OZEMPIC... 92

P

PACERONE... 19
paliperidone... 80
PANRETIN... 74
pantoprazole in 0.9% sod chlor... 28
pantoprazole... 28
paricalcitol... 21
paroxetine hcl... 64
PAXLOVID... 83
pazopanib... 74
PEDIARIX (PF)... 42
PEDVAX HIB (PF)... 42
peg 3350-electrolytes... 28
peg-electrolyte soln... 28
PEGASYS... 42
PEMAZYRE... 74
PEN NEEDLE, DIABETIC... 50
PENBRAYA (PF)... 42
penicillamine... 87
penicillin g pot in dextrose... 58
penicillin g potassium... 58
penicillin g sodium... 58
penicillin v potassium... 58
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)... 42
PENTACEL (PF)... 42
pentamidine... 77
pentoxifylline... 19
perampanel... 61
PERIKABIVEN... 87
perindopril erbumine... 19
periogard... 24
PERJETA... 74
permethrin... 26
perphenazine... 80
phenelzine... 64
phenobarbital... 61
phenytoin sodium extended... 61
phenytoin sodium... 61
phenytoin... 61
philith... 34
PIFELTRO... 83
pilocarpine hcl... 24, 46
pimecrolimus... 26
pimozide... 80
pimtrea (28)... 34
pioglitazone-metformin... 92
pioglitazone... 92
piperacillin-tazobactam... 58
PIQRAY... 74
pirfenidone... 95
piroxicam... 53
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4... 87
PLASMA-LYTE A... 87
PLENAMINE... 87
podofilox... 26
polocaine-mpf... 53
polocaine... 53
polycin... 46
polymyxin b sulf-trimethoprim... 46
polymyxin b sulfate... 58
pomalidomide... 74
portia 28... 34
posaconazole... 67
potassium acetate... 87
potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 87
potassium chloride in 0.9%nacl... 88
potassium chloride in 5 % dex... 88
potassium chloride in lr-d5... 88
potassium chloride in water... 88
potassium chloride-0.45 % nacl... 88
potassium chloride-d5-0.2%nacl... 88
potassium chloride-d5-0.9%nacl... 88
potassium chloride... 87, 88
potassium citrate... 88
POTELIGEO... 74
pr natal 400 ec... 88
pr natal 400... 88
pr natal 430 ec... 88
pr natal 430... 88
pramipexole... 15
prasugrel hcl... 90
pravastatin... 19
praziquantel... 77
prazosin... 19
prednisolone acetate... 46
prednisolone sodium phosphate... 37, 46
prednisolone... 37
prednisone intensol... 37
prednisone... 37
pregabalin... 24
PREMARIN... 34
PREMASOL 10 %... 88
PRENATA... 88
PRENATABS FA... 88
prenatal plus (calcium carb)... 88
prenatal plus vitamin-mineral... 88
PRENATE ELITE... 88
prevalite... 19
PREVYMIS... 83
PREZCOBIX PED... 83
PREZCOBIX... 83
PREZISTA... 83
PRIFTIN... 67
primaquine... 77
primidone... 61
PRIMSOL... 58
PRIORIX (PF)... 42
PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 50
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS... 50
probenecid-colchicine... 13
probenecid... 13
prochlorperazine edisylate... 65
prochlorperazine maleate... 65
prochlorperazine... 65
procto-med hc... 26
proctosol hc... 26
proctozone-hc... 26
progesterone micronized... 35
progesterone... 34
PROGRAF... 42
PROLIA... 21
PROMACTA... 90

promethazine... 65
propafenone... 19
propranolol... 19, 20
propylthiouracil... 39
PROQUAD (PF)... 42
PROSOL 20 %... 88
protriptyline... 64
PULMOZYME... 95
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 50
PURIXAN... 74
pyrazinamide... 67
pyridostigmine bromide... 14
pyrimethamine... 77

Q

QINLOCK... 74
QUADRACEL (PF)... 42
quetiapine... 80
quinapril-hydrochlorothiazide... 20
quinapril... 20
quinidine sulfate... 20
quinine sulfate... 77
QULIPTA... 14

R

RABAVERT (PF)... 42
rabeprazole... 28
RALDESY... 64
raloxifene... 35
ramelteon... 47
ramipril... 20
ranolazine... 20
rasagiline... 15
RASONQUE... 74
reclipsen (28)... 35
RECOMBIVAX HB (PF)... 42
RELENZA DISKHALER... 83
repaglinide... 92
REPATHA PUSHTRONEX... 20
REPATHA SURECLICK... 20
REPATHA SYRINGE... 20
RETACRIT... 90
RETEVMO... 74
RETROVIR... 83
REVCOVI... 96
REVUFORJ... 74
REXTOVY... 22
REXULTI... 80
REYATAZ... 83
REZDIFFRA... 50
REZLIDHIA... 74
RHOPRESSA... 46
RIABNI... 74
ribavirin... 84
rifabutin... 67
rifampin... 67
rifapentine... 67
rilpivirine hcl... 84
riluzole... 24
rimantadine... 84
ringer's... 88
RINVOQ LQ... 43
RINVOQ... 42, 43
riociguat... 95
risedronate... 21, 22
RISPERDAL CONSTA... 80
risperidone microspheres... 80
risperidone... 80
ritonavir... 84
rivaroxaban... 90
rivastigmine tartrate... 13
rivastigmine... 13
rizatriptan... 14
ROCKLATAN... 46
roflumilast... 95
ROMVIMZA... 74
ropinirole... 15
ropivacaine (pf)... 53
rosuvastatin... 20
ROTARIX... 43
ROTATEQ VACCINE... 43
roweepra... 61
ROZLYTREK... 74
RUBRACA... 74
rufinamide... 61, 62
RUKOBIA... 84
RUXIENCE... 74
RYBELSUS... 92
RYBREVANT FASPRO... 74
RYBREVANT... 74
RYDAPT... 74

S

sacubitril-valsartan... 20
sajazir... 43
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 39
SANTYL... 26
sapropterin... 96
SARCLISA ESCENA... 74
SARCLISA... 74
SCEMBLIX... 74, 75
scopolamine base... 65
se-natal 19 chewable... 88
SECUADO... 80
selegiline hcl... 15
selenium sulfide... 27
SELZENTRY... 84
sertraline... 64
setlakin... 35
sharobel... 35
SHINGRIX (PF)... 43
SIGNIFOR... 39
sildenafil (pulm.hypertension)... 95
silodosin... 29
silver sulfadiazine... 27
SIMBRINZA... 46
simliya (28)... 35
simpesse... 35
simvastatin... 20
sirolimus... 43
SIRTURO... 67
sitagliptin phos-metformin... 92
sitagliptin phosphate... 93
SKYRIZI... 43
SMOFLIPID... 88
sodium bicarbonate... 88
sodium chloride 0.45 %... 88
sodium chloride 0.9 %... 89
sodium chloride 3 % hypertonic... 89
sodium chloride 5 % hypertonic... 89

sodium chloride... 50, 88
sodium oxybate... 47
sodium phenylbutyrate... 96
sodium phosphate... 89
sodium polystyrene sulfonate... 89
sodium,potassium,mag sulfates... 28
solifenacin... 29
SOLIQUA 100/33... 93
SOLTAMOX... 75
SOLU-MEDROL (PF)... 37
SOLU-MEDROL... 37
SOMAVERT... 39
sorafenib... 75
sorbitol-mannitol... 50
sotalol af... 20
sotalol... 20
SPIRIVA RESPIMAT... 95
SPIRIVA WITH HANDIHALER... 95
spironolacton-hydrochlorothiaz... 20
spironolactone... 20
sprintec (28)... 35
SPRITAM... 62
SPS (WITH SORBITOL)... 89
sronyx... 35
SSD... 27
STELARA... 43
STIOLTO RESPIMAT... 95
STIVARGA... 75
STRENSIQ... 96
streptomycin... 58
STRIBILD... 84
STRIVERDI RESPIMAT... 95
subvenite starter (blue) kit... 62
subvenite starter (green) kit... 62
subvenite starter (orange) kit... 62
SUBVENITE... 62
sucralfate... 28
SUFLAVE... 28
sulfacetamide sodium (acne)... 58
sulfacetamide sodium... 46, 58
sulfacetamide-prednisolone... 46
sulfadiazine... 58
sulfamethoxazole-trimethoprim... 58, 59
sulfasalazine... 22
sulindac... 53
sumatriptan succinate... 14
sumatriptan... 14
sunitinib malate... 75
SUNLENCA... 84
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 50
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 50
SUTAB... 28
syeda... 35
SYMBICORT... 95
SYMPAZAN... 62
SYMTUZA... 84
SYNJARDY XR... 93
SYNJARDY... 93
SYNTHROID... 38

T

TABLOID... 75
TABRECTA... 75
tacrolimus... 27, 43
tadalafil (pulm. hypertension)... 95
tadalafil... 29
TAFINLAR... 75
TAGRISSO... 75
TALICIA... 28
TALZENNA... 75
tamoxifen... 75
tamsulosin... 29
tarina 24 fe... 35
tarina fe 1-20 eq (28)... 35
tarina fe 1/20 (28)... 35
tasimelteon... 47
tazarotene... 27
TAZVERIK... 75
TDVAX... 43
TECENTRIQ HYBREZA... 75
TECENTRIQ... 75
TEFLARO... 59
telmisartan-amlodipine... 20
telmisartan-hydrochlorothiazid... 20
telmisartan... 20
temazepam... 47
TENIVAC (PF)... 43
tenofovir disoproxil fumarate... 84
TEPMETKO... 75
terazosin... 20
terbinafine hcl... 67
terconazole... 67
teriflunomide... 24
testosterone cypionate... 35
testosterone enanthate... 35
testosterone... 35
tetrabenazine... 24
TEVIMBRA... 75
THALOMID... 75
theophylline... 95
thioridazine... 80
thiothixene... 81
tiadylt er... 20
tiagabine... 62
TIBSOVO... 75
ticagrelor... 90
TICOVAC... 43
tigecycline... 59
tilia fe... 35
timolol maleate (pf)... 46
timolol maleate... 20, 46
timolol... 46
tinidazole... 59
TIVICAY PD... 84
TIVICAY... 84
tizanidine... 13
tobramycin in 0.225 % nacl... 59
tobramycin sulfate... 59
tobramycin-dexamethasone... 46
tobramycin... 46
tolterodine... 29
topiramate... 62
toremifene... 75
torpenz... 75
torsemide... 20

TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 93
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 93
TPN ELECTROLYTES... 89
TRADJENTA... 93
tramadol... 53
trandolapril-verapamil... 20
trandolapril... 20
tranexamic acid... 90
tranylcypromine... 64
TRAVASOL 10 %... 89
travoprost... 46
TRAZIMERA... 75
trazodone... 64
TRECATOR... 67
TRELEGY ELLIPTA... 96
TRELSTAR... 39
TREMFYA ONE-PRESS... 43
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)... 43
TREMFYA PEN... 43
TREMFYA... 43
TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 93
TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 93
TRESIBA U-100 INSULIN... 93
tretinoin (antineoplastic)... 75
tretinoin... 27
tri-estarylla... 35
tri-legest fe... 35
tri-linyah... 35
tri-lo-estarylla... 35
tri-lo-marzia... 35
tri-lo-mili... 35
tri-lo-sprintec... 35
tri-mili... 35
tri-sprintec (28)... 35
tri-vylibra lo... 35
tri-vylibra... 35
triamcinolone acetonide... 24, 37
triamterene-hydrochlorothiazid... 20, 21
triamterene... 20
triderm... 37
trientine... 89
trifluoperazine... 81
trifluridine... 46
trihexyphenidyl... 15
TRIJARDY XR... 93
TRIKAFTA... 96
trimethoprim... 59
trimipramine... 64
trinatal rx 1... 89
TRINTELLIX... 64
TRIUMEQ PD... 84
TRIUMEQ... 84
trivora (28)... 35
TROGARZO... 84
TROPHAMINE 10 %... 89
trospium... 29
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 50
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 50
TRULICITY... 93
TRUMENBA... 43
TRUQAP... 75
TRYPTYR... 46
TUKYSA... 75
tulana... 35
TURALIO... 75
turqoz (28)... 36
TWINRIX (PF)... 43
TWIRLA... 36
TYBOST... 84
TYENNE AUTOINJECTOR... 43
TYENNE... 43
TYMLOS... 22
TYPHIM VI... 43, 44

U

UBRELVY... 14
UDENYCA AUTOINJECTOR... 90
UDENYCA ONBODY... 90
UDENYCA... 90
ULTILET ALCOHOL SWAB... 50
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)... 50
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE... 50
ULTRA-FINE PEN NEEDLE... 50
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN... 50
UNITHROID... 38
UNITUXIN... 75
UNLOXCYT... 76
UPTRAVI... 96
ursodiol... 28
USTEKINUMAB... 44

V

valacyclovir... 84
VALCHLOR... 76
valganciclovir... 84
valproate sodium... 62
valproic acid (as sodium salt)... 62
valproic acid... 62
valrubicin... 76
valsartan-hydrochlorothiazide... 21
valsartan... 21
VALTOCO... 62
valtya... 36
vancomycin in 0.9 % sodium chl... 59
vancomycin in dextrose 5 %... 59
vancomycin-diluent combo no.1... 59
vancomycin... 59
VANFLYTA... 76
VAQTA (PF)... 44
varenicline tartrate... 22, 23
VARIVAX (PF)... 44
VASCEPA... 21
VAXCHORA VACCINE... 44
VECTIBIX... 76
velivet triphasic regimen (28)... 36
VEMLIDY... 84
VENCLEXTA STARTING PACK... 76
VENCLEXTA... 76
venlafaxine... 64
VENTOLIN HFA... 96
VEPPANU... 76
verapamil... 21
VERQUVO... 21

VERSACLOZ... 81
VERZENIO... 76
vestura (28)... 36
vienva... 36
vigabatrin... 62
vigadrone... 62
VIGAFYDE... 62
vigpoder... 62
vilazodone... 64
VIMKUNYA (PF)... 44
viorele (28)... 36
VIRACEPT... 84
VIREAD... 84
VITRAKVI... 76
VIVITROL... 23
VIVOTIF... 44
VIZIMPRO... 76
VOCABRIA... 84
volnea (28)... 36
VONJO... 76
VORANIGO... 76
voriconazole-hpbcd... 67
voriconazole... 67
VOSEVI... 84
VOWST... 28
VRAYLAR... 81
vyfemla (28)... 36
vylibra... 36
VYLOY... 76
VYVGART HYTRULO... 14
VYVGART... 14
VYZULTA... 46

W

warfarin... 90
WEBCOL... 50
WELIREG... 96
WELTRUZA... 81
wera (28)... 36
wesnatal dha complete... 89
wesnate dha... 89
westab plus... 89
WINREVAIR... 96
wixela inhub... 96
wymzya fe... 36

X

XALKORI... 76
xarah fe... 36
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 90
XARELTO... 90
XATMEP... 44
XCOPRI MAINTENANCE PACK... 62
XCOPRI TITRATION PACK... 62, 63
XCOPRI... 62
XDEMVY... 50
xelria fe... 36
XERMELO... 28
XGEVA... 22
XIFAXAN... 28
XIGDUO XR... 93
XOLAIR... 44
XOSPATA... 76
XPOVIO... 76
XTANDI... 76, 77
xulane... 36

Y

YERVOY... 77
YESINTEK... 44
YF-VAX (PF)... 44
YONDELIS... 77
yulithira... 77

Z

zafemy... 36
zafirlukast... 96
zaleplon... 47
zarah... 36
ZARXIO... 90
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 93
ZEGALOGUE SYRINGE... 93
ZEJULA... 77
ZELBORAF... 77
ZEMAIRA... 96
zenatane... 27
ZENBEXUS... 77
ZENPEP... 96
zidovudine... 84
ziprasidone hcl... 81
ziprasidone mesylate... 81
ZIRABEV... 77
ZIRGAN... 84
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 22
zoledronic acid-mannitol-water... 22
zoledronic acid... 22
ZOLINZA... 77
zolpidem... 47
ZONISADE... 63
zonisamide... 63
ZORYVE... 27
zovia 1-35 (28)... 36
ZTALMY... 63
ZUBSOLV... 23
zumandimine (28)... 36
ZURNAI... 23
ZURZUVAE... 65
ZYDELIG... 77
ZYKADIA... 77
ZYNYZ... 77
ZYPITAMAG... 21
ZYPREXA RELPREVV... 81
ZYPREXA... 81

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন 877-320-1235 (TTY: 711) নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线：711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線：711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French] : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. 877-320-1235 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। 877-320-1235 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]：言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

GHHNOA2025HUM_0425

ភាសាខ្មែរ [Khmer]៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao] ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ຟຣີ. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłígíí diné bich'į' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahólǫ. Kohjį' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 877-320-1235 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال 877-320-1235 (TTY: 711)۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bǎsɔ́ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, Hwòdǒ-fɔńɔ-ńnyɔ,́ kè nyɔ-bɔǔn-po-kà bě bé nyuɛɛ se wídí péè-péè dò kɔ̀ **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọwọ́tó. Pe **877-320-1235 (TTY: 711).**

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी नि:शुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । 877-320-1235 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Este formulario fue actualizado el 11/02/2026. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, contacte al Equipo de Atención al Cliente de Humana para hacer cualquier pregunta al 1-800-457-4708 o, para los usuarios de TTY, al 711, cinco días a la semana (del 1 de abril al 30 de septiembre) o siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), de 8 a.m. a 8 p.m. Nuestro sistema telefónico automatizado está disponible fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. Nuestro sitio web también está disponible las 24 horas, los siete días de la semana, visitando **es-www.humana.com**.

20260036PDGSP2641126C_v18

H1036-077, 102, 209, 210, 213, 214, 285, 304, 314, 339, 340, 341

Humana®