

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de CarePlus

Lista de medicamentos cubiertos o "lista de medicamentos"

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

CareNeeds Extra (HMO D-SNP)

Formulario 27368

Este formulario fue actualizado el 09/28/2026. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, contacte al Equipo de Atención al Cliente de CarePlus para hacer cualquier pregunta al 800-794-5907 o, para los usuarios de TTY, al 711, siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada durante los fines de semana y los días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **es-www.CarePlusHealthPlans.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.



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Nota para los afiliados actuales: Este Formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta Lista de medicamentos (Formulario), “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a CarePlus. Del mismo modo, “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a CarePlus. Este documento incluye una Lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir del 1 de enero de 2027. Para ver una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario).

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

¿Qué es el formulario de CarePlus Medicare?

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

¿Puede cambiar el formulario?

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

es-www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 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.

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

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

El formulario adjunto está vigente a partir del 1 de enero de 2027. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto.

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

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

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

Listado en orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 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. Busque y encuentre su medicamento en el Índice. Junto al nombre de cada medicamento, usted verá un número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CarePlus cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprueba 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" para los planes Medicare Advantage (MA-PD).

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles.

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

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

- Del nivel al que pertenece su medicamento
- 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 Servicios para afiliados para verificar cuáles son sus costos.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué es un medicamento compuesto?

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

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Extensión de transición

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

Una Política de transición está disponible en el sitio web de CarePlus,

www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

CenterWell Pharmacy™

Puede surtir sus medicamentos en cualquier farmacia dentro de la red. CenterWell Pharmacy, la farmacia con servicio de envío por correo de CarePlus, es una opción. CenterWell Pharmacy es la farmacia de pedido por correo con costos compartidos preferidos para muchos planes de CarePlus. 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 3 a 5 días hábiles. Para comenzar a usar el servicio u obtener más información, visite **CenterWellPharmacy.com**. También puede llamar a CenterWell Pharmacy al **1-800-526-1490 (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 CarePlus, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

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

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

Formulario de CarePlus

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 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 96.

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 96.

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.

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.

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, consulte a su Evidencia de cobertura.

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

En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 6 para 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 CarePlus tenga requisitos especiales para la cobertura de ese medicamento. Si la columna está en blanco, entonces no hay requisitos de utilización para ese medicamento. El suministro de cada medicamento se basa en los beneficios y en si su proveedor de cuidado de la salud receta un suministro de 30, 60 o 90 días. 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 6 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	QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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 – Los productos de BD/Embecla 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
probenecid 500 mg TABLET MO	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET MO	3	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg TABLET MO	3	
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL DL	4	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 28 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	2	
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	4	
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	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET MO	2	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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, 50-200 mg TABLET ER MO	2	
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	2	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	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE MO	1	QL(60 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)
amlodipine-valsartan-hcthiiazid 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	2	
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	
droxidopa 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
droxidopa 300 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
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	
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 CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg, 43 mg CAPSULE MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibric acid (choline) 135 mg, 45 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
icosapent ethyl 0.5 gram CAPSULE MO	3	QL(240 cada 30 días)
icosapent ethyl 1 gram CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET MO	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET MO	3	
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	3	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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	3	
nebivolol 10 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	2	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	
niacor 500 mg TABLET MO	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	2	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	
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	2	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	2	
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-hctiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET MO	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	
pitavastatin calcium 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
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	3	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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	
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(7 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 TABLET MO	3	QL(180 cada 30 días)
sacubitril-valsartan 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	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO	2	
torse mide 20 mg TABLET MO	2	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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	
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)
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)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION MO	4	QL(300 cada 28 días)
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SYRINGE DL	5	PA,QL(1.7 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	QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE MO	4	QL(3 cada 90 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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 TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET MO	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	4	QL(4 cada 28 días)
risedronate 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TERIPARATIDE 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
teriparatide 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.56 cada 30 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	4	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER MO	4	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	
TARPEYO 4 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
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 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM MO	4	
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET MO	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	
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	
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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/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
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)
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)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 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)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA 30 MG/100 ML SOLUTION DL	5	PA
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
OTEZLA 20 MG, 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(27 cada 30 días)
OTEZLA XR 75 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OTEZLA XR INITIATION 10-20-30-75 MG TABLET AND TABLET ER DOSE PACK DL	5	PA,QL(41 cada 28 días)
permethrin 5 % CREAM MO	3	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM MO	2	
SSD 1 % CREAM MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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)
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION MO	1	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
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	3	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	3	PA,QL(84 cada 28 días)
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	2	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	4	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	4	QL(30 cada 30 días)
trosipium 20 mg TABLET MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
abigale 1-0.5 mg TABLET MO	3	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET MO	3	
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	2	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	2	
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	2	
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	2	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	2	
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	
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	
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	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET MO	2	
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)
drosiprenone-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)
elonest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	3	QL(1 cada 28 días)
emzahn 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	2	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	3	
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)
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	2	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	2	
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	
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, 90-20 mcg (28) TABLET MO	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	2	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	2	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	2	
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, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	2	
luter (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	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	2	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	2	
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	3	
mono-lynyah 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	2	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	2	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	2	
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	PA
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	3	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	3	
progesterone micronized 100 mg INSERT MO	4	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	2	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	
violele (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	2	
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	2	
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	2	
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, 0.2 mg TABLET MO	3	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET MO	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
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	2	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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
octreotide,microspheres 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)
SIGNIFOR LAR 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(1 cada 28 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	1	
propylthiouracil 50 mg TABLET MO	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	
DENGXVAXIA (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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.36 cada 28 días)
ENVARUS 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)
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	
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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	4	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SYRINGE	5	PA,QL(0.74 cada 84 días)
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> MO	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION AV,DL	1	
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	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION AV,DL	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
VELSIPITY 2 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
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	
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
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	1	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	2	
bimatoprost 0.01 %, 0.03 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS MO	1	
brimonidine-timolol 0.2-0.5 % DROPS MO	3	
carteolol 1 % DROPS MO	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	1	
cromolyn 4 % DROPS MO	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	3	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	4	PA,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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	1	
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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 oxybate 500 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE ^{DL}	4	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE ^{DL}	4	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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 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 MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK MO	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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 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	
FILSPARI 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FILSPARI 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
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", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD MO	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
<i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT MO	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	1	
OMNIPOD 5 (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	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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 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" SYRINGE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 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 SYRINGE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE PDS,MO	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 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 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML PEN INJECTOR DL	3	PA,QL(2 cada 28 días)
WEGOVY 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG TABLET DL	3	PA,QL(30 cada 30 días)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML PEN INJECTOR DL	3	PA,QL(3 cada 28 días)
XDEMVI 0.25 % DROPS MO	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ANALGÉSICOS		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml) SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL	4	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	4	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	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 TABLET DL	4	QL(360 cada 30 días)
ENDOCET 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 TABLET DL	4	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml SOLUTION DL	4	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 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 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET DL	4	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)
hydromorphone (pf) 2 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO	2	
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)
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	4	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	4	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	4	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	3	
naproxen 500 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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 TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg TABLET DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg, 7.5-325 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	2	PA,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	2	PA,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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
buspirona 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 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	4	
clonazepam 2 mg TABLET DL	4	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
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	4	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL	4	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	4	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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET MO	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
azithromycin 250 mg TABLET MO	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
cefazolin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefepime 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	
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	4	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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	
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	
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	
fosfomicin 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, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL MO	3	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	3	
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	
mondoxynel 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 MO	4	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	
tetracycline 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	4	
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 MO	4	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
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	
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	2	
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	4	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	3	
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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION MO	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET 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 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, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 200 mg TABLET MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO	4	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 MO	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	PA,QL(900 cada 30 días)
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	2	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET MO	2	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	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	3	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
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	4	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	2	
mirtazapine 45 mg TABLET MO	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 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 MO	4	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	BvsD
aprepitant 125 mg 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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 % GEL MO	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	2	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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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/g-% CREAM MO	4	
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 MO	4	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	
PRETOMANID 200 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
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
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET MO	4	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 180 MG, 90 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	5	PA
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
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)
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 TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 150 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET MO	3	PA,QL(90 cada 30 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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, 40 MG CAPSULE MO	4	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	5	
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 MO	4	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
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
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)
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)
<i>lapatinib</i> 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)
<i>lenalidomide</i> 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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	3	
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	
lomustine 100 mg CAPSULE DL	5	
lomustine 40 mg CAPSULE DL	4	
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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION DL	5	
mercaptopurine 50 mg TABLET MO	3	
mesna 400 mg TABLET DL	4	
mitomycin 20 mg, 40 mg RECON SOLUTION DL	5	
mitomycin 5 mg RECON SOLUTION MO	4	
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 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)
OGIVRI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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)
POMALYST 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
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 CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 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
SCSEMBLIX 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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 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 MO	4	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
UNLOXCYT 300 MG/5 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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)
XTANDI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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 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	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 MO	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 MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(56 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 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 MO	4	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)
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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, 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(150 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 MO	4	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	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	2	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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
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 MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	4	
ZYPREXA 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)
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	3	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)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate 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)
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 MO	4	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)
IDVYNZO 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	4	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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 MO	3	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	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	2	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK MO	2	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	2	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)
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	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
sofosbuvir-velpatasvir 400-100 mg TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 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)
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE MO	3	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET MO	3	
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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA – Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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 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 DL	5	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	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer hcl 400 mg, 800 mg TABLET MO	4	
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	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	2	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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 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	
tolvaptan (polycys kidney dis) 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)
tolvaptan (polycys kidney dis) 15 mg, 30 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE MO	4	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
wesnata 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 SANGUÍNEOS 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	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	QL(74 cada 30 días)
eltrombopag olamine 12.5 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
eltrombopag olamine 12.5 mg, 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eltrombopag olamine 25 mg 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
eltrombopag olamine 50 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
eltrombopag olamine 75 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE MO	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION MO	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 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	3	QL(30 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	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	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA
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)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION DL	5	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET MO	3	PA,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-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	1	
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION MO	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,DL	5	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
linagliptin 5 mg TABLET MO	3	QL(30 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	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION CI,MO	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 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)
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)
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	
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)
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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
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 MO	4	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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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 furoate-vilanterol 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 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	4	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	2	BvsD
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)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 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
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)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • BvsD – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/Embeta 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
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	
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
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 TABLET, SOLUBLE DL	5	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • 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/Embeta 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 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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

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

*Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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

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

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

A

- abacavir-lamivudine... 80
- abacavir... 80
- ABELCET... 64
- abigale lo... 29
- abigale... 29
- ABILIFY ASIMTUFII... 76
- ABILIFY MAINTENA... 77
- abiraterone... 66
- abirtega... 66
- ABRYSVO (PF)... 38
- acamprosate... 21
- acarbose... 89
- accutane... 24
- acebutolol... 14
- acetaminophen-codeine... 50
- acetazolamide... 14
- acetic acid... 53
- acetylcysteine... 91
- acitretin... 24
- ACTHIB (PF)... 38
- ACTIMMUNE... 38
- acyclovir sodium... 80
- acyclovir... 80
- ADACEL(TDAP
- ADOLESN/ADULT)(PF)... 38
- ADALIMUMAB-ADAZ... 38
- ADALIMUMAB-ADB(M(CF) PEN
- CROHNS... 39
- ADALIMUMAB-ADB(M(CF) PEN
- PS-UV... 39
- ADALIMUMAB-ADB(M... 38
- adapalene... 24
- adefovir... 80
- ADEMPAS... 92
- ADSTILADRIN... 46
- ADVAIR HFA... 92
- afatinib... 66
- afirmelle... 29
- AIRSUPRA... 92
- AKEEGA... 66
- albendazole... 76
- albuterol sulfate... 92
- ALCOHOL PADS... 46
- ALCOHOL PREP PADS... 46
- ALCOHOL SWABS... 46
- ALCOHOL WIPES... 46
- ALECENSA... 66
- alendronate... 20
- alfuzosin... 28
- aliskiren... 14
- allopurinol... 12
- alosetron... 26
- alprazolam... 52
- altavera (28)... 29
- ALUNBRIG... 67
- alyacen 1/35 (28)... 29
- alyacen 7/7/7 (28)... 29
- alyq... 92
- amantadine hcl... 13
- ambrisentan... 92
- amethia... 29
- amethyst (28)... 29
- amikacin... 53
- amiloride-hydrochlorothiazide... 14
- amiloride... 14
- aminophylline... 92
- AMINOSYN II 10 %... 83
- AMINOSYN II 15 %... 83
- AMINOSYN-PF 10 %... 83
- AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 83
- amiodarone... 14
- amitriptyline... 62
- amlodipine-atorvastatin... 14
- amlodipine-benazepril... 14
- amlodipine-olmesartan... 14
- amlodipine-valsartan-hcthiacid... 14
- amlodipine-valsartan... 14
- amlodipine... 14
- ammonium lactate... 24
- amnestem... 24
- amoxapine... 62
- amoxicillin-pot clavulanate... 53
- amoxicillin... 53
- amphotericin b liposome... 64
- amphotericin b... 64
- ampicillin sodium... 54
- ampicillin-sulbactam... 54
- ampicillin... 54
- anagrelide... 88
- anastrozole... 67
- ANKTIVA... 67
- apomorphine... 13
- aprepitant... 64
- apri... 29
- APTIVUS... 80
- aranelle (28)... 29
- ARCALYST... 39
- AREXVY (PF)... 39
- arformoterol... 92
- ARIKAYCE... 54
- aripiprazole... 77
- ARISTADA INITIO... 77
- ARISTADA... 77
- ARNUITY ELLIPTA... 92
- asenapine maleate... 77
- ashlyna... 29
- atazanavir... 80
- atenolol-chlorthalidone... 14
- atenolol... 14
- atomoxetine... 22
- atorvastatin... 14
- atovaquone-proguanil... 76
- atovaquone... 76
- ATROPINE SULFATE (PF)... 43
- atropine... 43
- ATROVENT HFA... 92
- aubra eq... 29
- aubra... 29
- AUGTYRO... 67

aurovela 1.5/30 (21)... 29
 aurovela 1/20 (21)... 29
 aurovela 24 fe... 29
 aurovela fe 1-20 (28)... 29
 aurovela fe 1.5/30 (28)... 29
 AUSTEDO XR TITRATION
 KT(WK1-4)... 22
 AUSTEDO XR... 22
 AUSTEDO... 22
 AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 46
 AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 46
 AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 46
 AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 46
 AUVELITY... 62
 AUVI-Q... 92
 aviane... 29
 AVMAPKI-FAKZYNJA... 67
 ayuna... 29
 AYVAKIT... 67
 azacitidine... 67
 azathioprine... 39
 azelaic acid... 24
 azelastine... 43, 92
 azithromycin... 54
 aztreonam... 54
 azurette (28)... 29

B

bacitracin-polymyxin b... 43
 bacitracin... 43, 54
 baclofen... 12
 bal-care dha... 83
 balsalazide... 21
 BALVERSA... 67
 balziva (28)... 29
 BAND-AID GAUZE PADS... 46
 BAQSIMI... 89
 BARACLUDE... 80
 BAVENCIO... 67
 BCG VACCINE, LIVE (PF)... 39
 BD ALCOHOL SWABS... 46
 BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE...
 46
 BD ECLIPSE LUER-LOK... 46

BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)...
 46
 BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE...
 46
 BD INSULIN SYRINGE U-500... 46
 BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE...
 46
 BD INSULIN SYRINGE... 46
 BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 46
 BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 46
 BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE...
 46
 BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 46
 BD ULTRA-FINE MICRO PEN
 NEEDLE... 47
 BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE...
 47
 BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE...
 47
 BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE...
 47
 BD ULTRA-FINE SHORT PEN
 NEEDLE... 47
 BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)...
 47
 BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 47
 BELSOMRA... 45
 benazepril-hydrochlorothiazide... 15
 benazepril... 15
 BENLYSTA... 39
 benztropine... 13
 BEQALZI STARTER PACK... 67
 BEQALZI... 67
 BESREMI PEN... 39
 BESREMI... 39
 BETADINE OPHTHALMIC PREP... 43
 betaine... 94
 betamethasone acet,sod phos... 36
 betamethasone dipropionate... 24
 betamethasone valerate... 24
 betamethasone, augmented... 24
 betaxolol... 43
 bethanechol chloride... 28
 bexarotene... 67

BEXSERO... 39
 bicalutamide... 67
 BICILLIN C-R... 54
 BICILLIN L-A... 54
 BIKTARVY... 80
 bimatoprost... 43
 bisoprolol fumarate... 15
 bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15
 BIXLENVO... 80
 blisovi 24 fe... 29
 blisovi fe 1.5/30 (28)... 29
 blisovi fe 1/20 (28)... 29
 BOMYNTRA... 20
 BOOSTRIX TDAP... 39
 BORDERED GAUZE... 47
 BORTEZOMIB... 67
 BOSULIF... 67
 bosutinib... 67
 BRAFTOVI... 67
 BREO ELLIPTA... 92
 BREZTRI AEROSPHERE... 92
 briellyn... 30
 brimonidine-timolol... 43
 brimonidine... 43
 brivaracetam... 58
 BRIVIACT... 58, 59
 bromocriptine... 13
 BRUKINSA... 67
 budesonide... 21, 92
 bumetanide... 15
 bupivacaine (pf)... 52
 bupivacaine hcl... 52
 buprenorphine hcl... 21
 buprenorphine-naloxone... 21
 buprenorphine... 50
 bupropion hcl (smoking deter)... 21
 bupropion hcl... 62
 buspirone... 52, 53
 butalbital-acetaminophen-caff... 47
 BYSANTI TITRATION PACK A... 77
 BYSANTI TITRATION PACK B... 77
 BYSANTI TITRATION PACK C... 77
 BYSANTI... 77

C

c-nate dha... 84	cefepime in dextrose 5 %... 54	clarithromycin... 55
CABENUVA... 80	cefepime in dextrose,iso-osm... 54	clindamycin hcl... 55
cabergoline... 37	cefepime... 54	clindamycin in 0.9 % sod chlor... 55
CABOMETYX... 67	cefixime... 54	clindamycin in 5 % dextrose... 55
calcipotriene... 24	cefotetan... 54	clindamycin palmitate hcl... 55
calcitonin (salmon)... 20	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 55	clindamycin pediatric... 55
calcitriol... 20	cefoxitin... 54	clindamycin phosphate... 24, 55
calcium acetate(phosphat bind)... 84	cefpodoxime... 55	clindamycin-benzoyl peroxide... 24
calcium chloride... 84	cefprozil... 55	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 84
calcium gluconate... 84	ceftaroline fosamil... 55	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 84
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 67	ceftazidime... 55	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 84
camila... 30	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 55	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 84
camrese lo... 30	ceftriaxone... 55	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 84
camrese... 30	cefuroxime axetil... 55	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 84
candesartan-hydrochlorothiazid... 15	cefuroxime sodium... 55	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 84
candesartan... 15	celecoxib... 50	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 84
CAPLYTA... 77	cephalexin... 55	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 84
CAPRELSA... 68	CEQUR SIMPLICITY INSERTER... 47	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 84
captopril-hydrochlorothiazide... 15	CEQUR SIMPLICITY... 47	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 84
captopril... 15	cetirizine... 92	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 84
carbamazepine... 59	chateal eq (28)... 30	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 84
carbidopa-levodopa-entacapone... 14	CHEMET... 84	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 84
carbidopa-levodopa... 13, 14	chlorhexidine gluconate... 23	CLINISOL SF 15 %... 84
carbidopa... 13	chloroquine phosphate... 76	CLINOLIPID... 84
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 47	chlorpromazine... 77	clobazam... 59
carglumic acid... 84	chlorthalidone... 15	clobetasol-emollient... 25
carteolol... 43	chlorzoxazone... 91	clobetasol... 24, 25
cartia xt... 15	cholestyramine (with sugar)... 15	clomipramine... 62
carvedilol... 15	cholestyramine light... 15	clonazepam... 53
caspofungin... 64	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 35	clonidine hcl... 15
CAVHANZA... 68	ciclodan... 64	
CAYSTON... 92	ciclopirox... 64, 65	
cefaclor... 54	cidofovir... 80	
cefadroxil... 54	cilostazol... 88	
cefazolin in dextrose (iso-os)... 54	CIMDUO... 80	
cefazolin... 54	cimetidine hcl... 26	
cefdinir... 54	cimetidine... 26	
	cinacalcet... 20	
	ciprofloxacin hcl... 43, 55	
	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 55	
	cialtopram... 62	
	claravis... 24	

clonidine... 15
 clopidogrel... 88
 clorazepate dipotassium... 53
 clotrimazole-betamethasone... 65
 clotrimazole... 65
 clozapine... 77
 COARTEM... 76
 COBENFY STARTER PACK... 47
 COBENFY... 47
 colchicine... 12
 colestipol... 15
 colistin (colistimethate na)... 55
 COMBIVENT RESPIMAT... 92
 COMETRIQ... 68
 complete natal dha... 84
 compro... 64
 conjugated estrogens... 30
 constulose... 26
 COPIKTRA... 68
 COSENTYX (2 SYRINGES)... 39
 COSENTYX PEN (2 PENS)... 39
 COSENTYX PEN... 39
 COSENTYX UNOREADY PEN... 39
 COSENTYX... 39
 COTELLIC... 68
 CREON... 94
 CRESEMBA... 65
 cromolyn... 43, 92
 cryselle (28)... 30
 CURITY ALCOHOL SWABS... 47
 CURITY GAUZE... 47
 cyclobenzaprine... 91
 cyclophosphamide... 68
 cyclosporine modified... 39
 cyclosporine... 39, 43
 CYRAMZA... 68
 cyred eq... 30
 cyred... 30
 CYSTAGON... 94
 CYSTARAN... 44

D

d10 %-0.45 % sodium chloride... 84
 d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 84

d5 % and 0.9 % sodium chloride... 84
 d5 %-0.45 % sodium chloride... 84
 dabigatran etexilate... 88
 danazol... 30
 DANYELZA... 68
 dapagliflozin... 89
 dapsone... 66
 DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 39
 daptomycin in 0.9 % sod chlor... 56
 daptomycin... 55
 darunavir... 80
 DARZALEX FASPRO... 68
 DARZALEX... 68
 dasatinib... 68
 dasetta 1/35 (28)... 30
 dasetta 7/7/7 (28)... 30
 DAURISMO... 68
 daysee... 30
 deblitane... 30
 decitabine... 68
 deferasirox... 84
 DELSTRIGO... 80
 DENG VAXIA (PF)... 39
 DEPO-ESTRADIOL... 30
 DEPO-SUBQ PROVERA 104... 30
 DERMACEA... 47
 DESCOVY... 80
 desipramine... 62
 desloratadine... 92
 desmopressin... 35
 desog-e.estradiol/e.estradiol... 30
 desonide... 25
 desvenlafaxine succinate... 62
 dexamethasone intensol... 36
 dexamethasone sodium phos (pf)... 36
 dexamethasone sodium phosphate... 36, 44
 dexamethasone... 36
 dexmethylphenidate... 22
 dextroamphetamine sulfate... 22

dextroamphetamine-amphetamine... 22, 23
 dextromethorphan-quinidine... 23
 dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 84
 dextrose 10 % in water (d10w)... 84
 dextrose 20 % in water (d20w)... 85
 dextrose 25 % in water (d25w)... 85
 dextrose 30 % in water (d30w)... 85
 dextrose 40 % in water (d40w)... 85
 dextrose 5 % in water (d5w)... 85
 dextrose 5 %-lactated ringers... 85
 dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 85
 dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 85
 dextrose 50 % in water (d50w)... 85
 dextrose 70 % in water (d70w)... 85
 DIACOMIT... 59
 diazepam intensol... 53
 diazepam... 53, 59
 diazoxide... 89
 diclofenac potassium... 50
 diclofenac sodium... 25, 44, 50
 dicloxacillin... 56
 dicyclomine... 26, 27
 digoxin... 15
 dihydroergotamine... 13
 DILANTIN... 59
 dilt-xr... 15
 diltiazem hcl... 15, 16
 dimethyl fumarate... 23
 diphenhydramine hcl... 92
 diphenoxylate-atropine... 27
 disulfiram... 21
 divalproex... 59
 dofetilide... 16
 dolishale... 30
 donepezil... 12
 dorzolamide-timolol (pf)... 44
 dorzolamide-timolol... 44
 dorzolamide... 44
 dott... 30
 DOVATO... 80

doxazosin... 16	elinest... 30	ERIVEDGE... 68
doxepin... 53	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 88	ERLEADA... 68
doxercalciferol... 20	ELIQUIS SPRINKLE... 88	erlotinib... 68
doxy-100... 56	ELIQUIS... 88	errin... 30
doxycycline hyclate... 56	ELMIRON... 28	ertapenem... 56
doxycycline monohydrate... 56	eltrombopag olamine... 88, 89	ERYTHROCIN... 56
DRIZALMA SPRINKLE... 23	eluryng... 30	erythromycin lactobionate... 56
dronabinol... 64	EMGALITY PEN... 13	erythromycin with ethanol... 25
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 47	EMGALITY SYRINGE... 13	erythromycin... 44, 56
DROPLET INSULIN SYRINGE... 47	EMPLICITI... 68	escitalopram oxalate... 62
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 47	EMSAM... 62	eslicarbazepine... 59
DROPLET PEN NEEDLE... 48	emtricitabine-tenofovir df... 81	esomeprazole magnesium... 27
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 48	emtricitabine-tenofovir (tdf)... 81	estarylla... 30
DROPSAFE PEN NEEDLE... 48	emtricitabine... 81	estradiol valerate... 31
drosiprenone-ethinyl estradiol... 30	EMTRIVA... 81	estradiol-norethindrone acet... 31
DROXIA... 48	emzahh... 30	estradiol... 30, 31
droxidopa... 16	enalapril maleate... 16	eszopiclone... 45
DUAVEE... 30	enalapril-hydrochlorothiazide... 16	ethambutol... 66
duloxetine... 23	ENBREL MINI... 40	ethosuximide... 59
DUPIXENT PEN... 39	ENBREL SURECLICK... 40	ethynodiol diac-eth estradiol... 31
DUPIXENT SYRINGE... 39	ENBREL... 39	etodolac... 50
dutasteride-tamsulosin... 28	ENDOCET... 50	etonogestrel-ethinyl estradiol... 31
dutasteride... 28	ENDOMETRIN... 30	etravirine... 81
E	ENGERIX-B (PF)... 40	EULEXIN... 68
EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 48	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 40	EVDI... 68
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 48	enilloring... 30	everolimus (antineoplastic)... 68, 69
EASYLIFE ALCOHOL PADS... 48	ENOBY... 20	everolimus (immunosuppressive)... 40
EDURANT PED... 80	enoxaparin... 89	EVOTAZ... 81
EDURANT... 80	enpresse... 30	exemestane... 69
efavirenz-emtricitabin-tenofov... 81	ENSACOVE... 68	EXXUA... 62
efavirenz-lamivu-tenofov disop... 81	enskyce... 30	EYSUVIS... 44
efavirenz... 81	entacapone... 14	ezetimibe-simvastatin... 16
electrolyte-148... 85	entecavir... 81	ezetimibe... 16
electrolyte-48 in d5w... 85	ENTYVIO PEN... 40	F
electrolyte-a... 85	enulose... 27	falmina (28)... 31
ELELYSO... 94	ENVARUS XR... 40	famciclovir... 81
eletriptan... 13	EPIDIOLEX... 59	famotidine (pf)... 27
ELIGARD (3 MONTH)... 37	epinephrine... 92	famotidine... 27
ELIGARD (4 MONTH)... 37	epitol... 59	FANAPT TITRATION PACK A... 77
ELIGARD (6 MONTH)... 37	EPRONTIA... 59	FANAPT TITRATION PACK B... 78
ELIGARD... 37	ERBITUX... 68	FANAPT TITRATION PACK C... 78
	ergotamine-caffeine... 13	FANAPT... 77

FARXIGA... 90
 FASENRA PEN... 93
 febuxostat... 12
 feirza... 31
 felbamate... 59
 felodipine... 16
 FEMLYV... 31
 fenofibrate micronized... 16
 fenofibrate nanocrystallized... 16
 fenofibrate... 16
 fenofibric acid (choline)... 16
 fenofibric acid... 16
 fentanyl... 50
 fesoterodine... 28
 FETZIMA... 62
 FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 90
 FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 90
 FIASP U-100 INSULIN... 90
 fidaxomicin... 56
 FILSPARI... 48
 finasteride... 28
 fingolimod... 23
 FINTEPLA... 59
 FIRDAPSE... 23
 FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 37
 FIRMAGON... 37
 flecainide... 16
 fluconazole in nacl (iso-osm)... 65
 fluconazole... 65
 flucytosine... 65
 fludrocortisone... 36
 flunisolide... 93
 fluocinolone acetonide oil... 12
 fluocinolone and shower cap... 25
 fluocinolone... 25
 fluocinonide... 25
 fluorometholone... 44
 fluorouracil... 25, 69
 fluoxetine... 62, 63
 fluphenazine decanoate... 78
 fluphenazine hcl... 78

flurbiprofen sodium... 44
 flurbiprofen... 50
 fluticasone furoate-vilanterol... 93
 fluticasone propion-salmeterol... 93
 fluticasone propionate... 25, 93
 fluvoxamine... 63
 folic acid... 96
 FORTEO... 20
 fosamprenavir... 81
 fosfomycin tromethamine... 56
 fosinopril-hydrochlorothiazide... 16
 fosinopril... 16
 fosphenytoin... 59
 FOTIVDA... 69
 FRUZAQLA... 69
 furosemide... 16
 FUZEON... 81

G

gabapentin... 59
 galantamine... 12
 gallifrey... 31
 GAMUNEX-C... 40
 GARDASIL 9 (PF)... 40
 gatifloxacin... 44
 GAUZE BANDAGE... 48
 GAUZE PAD... 48
 gavilyte-c... 27
 gavilyte-g... 27
 gavilyte-n... 27
 GAVRETO... 69
 GAZYVA... 69
 gefitinib... 69
 gemfibrozil... 16
 GEMTESA... 28
 generlac... 27
 gentamicin in nacl (iso-osm)... 56
 gentamicin sulfate (ped) (pf)... 56
 gentamicin... 44, 56
 GENVOYA... 81
 GILOTRIF... 69
 glatiramer... 23
 glatopa... 23
 GLEOSTINE... 69

glimepiride... 90
 glipizide-metformin... 90
 glipizide... 90
 glutamine (sickle cell)... 27
 glycopyrrolate... 27
 GOMEKLI... 69
 granisetron hcl... 64
 griseofulvin microsize... 65
 griseofulvin ultramicrosize... 65
 guanfacine... 16, 23
 GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 90
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 90
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 90
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 90
 GVOKE... 90
 GWYN LO... 31

H

HAEGARDA... 40
 hailey 24 fe... 31
 hailey fe 1.5/30 (28)... 31
 hailey fe 1/20 (28)... 31
 hailey... 31
 haloette... 31
 haloperidol decanoate... 78
 haloperidol lactate... 78
 haloperidol... 78
 HAVRIX (PF)... 40
 heather... 31
 heparin (porcine)... 89
 heparin, porcine (pf)... 89
 HEPLISAV-B (PF)... 40
 HERNEXEOS... 69
 HIBERIX (PF)... 40
 HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 90
 hydralazine... 16
 hydrochlorothiazide... 16
 hydrocodone-acetaminophen... 50, 51
 hydrocodone-ibuprofen... 51
 hydrocortisone butyrate... 25
 hydrocortisone-acetic acid... 12
 hydrocortisone... 21, 25

hydromorphone (pf)... 51
 hydromorphone... 51
 hydroxychloroquine... 76
 hydroxyurea... 69
 hydroxyzine hcl... 53
 hydroxyzine pamoate... 93
 HYRNUO... 69

I

ibandronate... 20
 IBRANCE... 69
 IBTROZI... 69
 ibu... 51
 ibuprofen... 51
 icatibant... 40
 iclevia... 31
 ICLUSIG... 69
 icosapent ethyl... 17
 IDHIFA... 69
 IDVYNOS... 81
 ILEVRO... 44
 imatinib... 69
 IMBRUVICA... 69
 IMFINZI... 69
 imipenem-cilastatin... 56
 imipramine hcl... 63
 imiquimod... 25
 IMJUDO... 69
 IMKELDI... 70
 IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 40
 IMPAVIDO... 76
 incassia... 31
 INCONTROL ALCOHOL PADS... 48
 INCRELEX... 35
 indapamide... 17
 indomethacin... 51
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 40
 INLURIYO... 70
 INLYTA... 70
 INQOVI... 70
 INREBIC... 70
 INSULIN LISPRO... 90
 INSULIN SYRINGE MICROFINE... 48

INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 48
 INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE... 48
 INTELENCE... 81
 INTRALIPID... 85
 introvale... 31
 INVEGA HAFYERA... 78
 INVEGA SUSTENNA... 78
 INVEGA TRINZA... 78
 IONOSOL-MB IN D5W... 85
 IPOL... 40
 ipratropium bromide... 93
 ipratropium-albuterol... 93
 irbesartan-hydrochlorothiazide... 17
 irbesartan... 17
 ISENTRESS HD... 81
 ISENTRESS... 81
 isibloom... 31
 ISOLYTE S PH 7.4... 85
 ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 85
 ISOLYTE-S... 85
 isoniazid... 66
 isosorbide dinitrate... 17
 isosorbide mononitrate... 17
 isosorbide-hydralazine... 17
 isotretinoin... 25
 ITOVEBI... 70
 itraconazole... 65
 IV PREP WIPES... 48
 ivabradine... 17
 ivermectin... 76
 IWILFIN... 70
 IXIARO (PF)... 40

J

jaimiess... 31
 JAKAFI XR... 70
 JAKAFI... 70
 jantoven... 89
 JARDIANCE... 90
 jasmiel (28)... 31
 JAYPIRCA... 70
 JEMPERLI... 70

jencycla... 31
 JIDEYTRO... 70
 juleber... 31
 JULUCA... 81
 junel 1.5/30 (21)... 31
 junel 1/20 (21)... 31
 junel fe 1.5/30 (28)... 31
 junel fe 1/20 (28)... 31
 junel fe 24... 31
 JYLAMVO... 40
 JYNNEOS (PF)... 40

K

KABIVEN... 85
 KALETRA... 81
 kalliga... 31
 kariva (28)... 32
 kelnor 1/35 (28)... 32
 kelnor 1/50 (28)... 32
 KERENDIA... 17
 KESIMPTA PEN... 23
 ketoconazole... 65
 ketorolac... 44, 51
 KEYTRUDA QLEX... 70
 KEYTRUDA... 70
 KINRIX (PF)... 40
 kionex... 85
 KISQALI... 70
 klayesta... 65
 klor-con 10... 85
 KLOR-CON 8... 85
 klor-con m10... 85
 KLOR-CON M15... 85
 klor-con m20... 85
 KLOXXADO... 22
 KOMZIFTI... 70
 KOSELUGO... 70
 KRAZATI... 70
 kurvelo (28)... 32

L

l norgest/e.estradiol-e.estradiol... 32
 labetalol... 17
 lacosamide... 59
 lactated ringers... 85

lactulose... 27	levothyroxine... 37	lubiprostone... 27
lamivudine-zidovudine... 81	LEVOXYL... 37	luizza... 32
lamivudine... 81	LIBERVANT... 60	LUMAKRAS... 71
lamotrigine... 60	LIBTAYO... 71	LUMIGAN... 44
LAMPIT... 76	lidocaine hcl... 52	LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 37
lanreotide... 37	lidocaine-epinephrine... 52	LUPRON DEPOT... 37
lansoprazole... 27	lidocaine-prilocaine... 52	lurasidone... 78
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 90	lidocaine... 52	luter (28)... 32
LANTUS U-100 INSULIN... 90	LIFYORLI... 71	LUTRATE DEPOT (3 MONTH)... 38
lapatinib... 70	linagliptin... 90	LYBALVI... 78
larin 1.5/30 (21)... 32	linezolid in dextrose 5%... 57	lyleq... 32
larin 1/20 (21)... 32	linezolid-0.9% sodium chloride... 57	lyllana... 32
larin 24 fe... 32	linezolid... 56	LYNPARZA... 71
larin fe 1.5/30 (28)... 32	LINZESS... 27	LYSODREN... 71
larin fe 1/20 (28)... 32	liomny... 37	LYTGOBI... 71
latanoprost... 44	liothyronine... 37	lyza... 32
LAZCLUZE... 70	lisinopril-hydrochlorothiazide... 17	M
leena 28... 32	lisinopril... 17	M-M-R II (PF)... 40
leflunomide... 40	lithium carbonate... 45	m-natal plus... 86
lenalidomide... 70	lithium citrate... 45	macitentan... 93
LENVIMA... 70, 71	LIVTENCITY... 81	magnesium sulfate in d5w... 86
lessina... 32	lo-zumandimine (28)... 32	magnesium sulfate in water... 86
letrozole... 71	LOCOID LIPOCREAM... 25	magnesium sulfate... 86
leucovorin calcium... 71	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 32	malathion... 25
LEUKERAN... 71	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 32	maraviroc... 82
leuprolide acetate (3 month)... 37	lojaimiess... 32	MARGENZA... 71
leuprolide... 37	LOKELMA... 85	marlissa (28)... 32
levalbuterol tartrate... 93	lomustine... 71	MARPLAN... 63
levetiracetam in nacl (iso-os)... 60	LONSURF... 71	MATULANE... 71
levetiracetam... 60	loperamide... 27	meclizine... 64
LEVO-T... 37	lopinavir-ritonavir... 82	medroxyprogesterone... 32, 33
levobunolol... 44	LOQTORZI... 71	mefloquine... 76
levocarnitine (with sugar)... 85	lorazepam intensol... 53	megestrol... 33
levocarnitine... 85	lorazepam... 53	MEKINIST... 71
levocetirizine... 93	LORBRENA... 71	MEKTOVI... 71
levofloxacin in d5w... 56	loryna (28)... 32	meleya... 33
levofloxacin... 56	losartan-hydrochlorothiazide... 17	meloxicam... 51
levoleucovorin calcium... 71	losartan... 17	memantine... 12
levonest (28)... 32	LOTEMAX SM... 44	MENEST... 33
levonorg-eth estrad triphasic... 32	loteprednol etabonate... 44	MENQUADFI (PF)... 40
levonorgestrel-ethinyl estrad... 32	lovastatin... 17	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 40
levora-28... 32	low-ogestrel (28)... 32	mercaptopurine... 72
	loxapine succinate... 78	

meropenem-0.9% sodium chloride... 57
meropenem... 57
mesalamine... 21
mesna... 72
metformin... 90
methadone intensol... 51
methadone... 51
methazolamide... 44
methenamine hippurate... 57
methimazole... 38
methocarbamol... 91
methotrexate sodium (pf)... 41
methotrexate sodium... 41
methsuximide... 60
methyl dopa... 17
methylphenidate hcl... 23
methylprednisolone acetate... 36
methylprednisolone sodium succ... 36
methylprednisolone... 36
metoclopramide hcl... 64
metolazone... 17
metoprolol succinate... 17
metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 17
metoprolol tartrate... 17
metronidazole in nacl (iso-os)... 57
metronidazole... 57
metyrosine... 17
MICA FUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL... 65
micafungin... 65
miconazole-3... 65
microgestin 1.5/30 (21)... 33
microgestin 1/20 (21)... 33
microgestin fe 1.5/30 (28)... 33
microgestin fe 1/20 (28)... 33
midodrine... 17
MIEBO (PF)... 44
mifepristone... 48
mili... 33
mimvey... 33

minocycline... 57
minoxidil... 17
MIRENA... 48
mirtazapine... 63
misoprostol... 27
mitomycin... 72
modafinil... 45
MODEYSO... 72
moexipril... 18
molindone... 78
mometasone... 25, 26, 93
mondoxyne nl... 57
mono-lynyah... 33
montelukast... 93
morphine concentrate... 51
morphine... 51
MOUNJARO... 90
MOVANTIK... 27
moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 57
moxifloxacin... 44, 57
MRESVIA (PF)... 41
MULTAQ... 18
mupirocin... 26
MVASI... 72
mycophenolate mofetil (hcl)... 41
mycophenolate mofetil... 41
mycophenolate sodium... 41
MYRBETRIQ... 28

N

nabumetone... 51
nadolol... 18
nafcillin in dextrose iso-osm... 57
nafcillin... 57
naloxone... 22
naltrexone... 22
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 48
NANO PEN NEEDLE... 48
naproxen sodium... 52
naproxen... 51
naratriptan... 13
NATACYN... 44
NATAZIA... 33
natealidine... 90

NAYZILAM... 60
neбиволol... 18
necon 0.5/35 (28)... 33
nefazodone... 63
neo-vital rx... 86
neomycin-bacitracin-poly-hc... 44
neomycin-bacitracin-polymyxin... 44
neomycin-polymyxin b-dexameth... 44
neomycin-polymyxin-gramicidin... 44
neomycin-polymyxin-hc... 12, 44
neomycin... 57
NEONATAL COMPLETE... 86
NEONATAL PLUS VITAMIN... 86
NEONATAL-DHA... 86
NERLYNX... 72
nevirapine... 82
NEXLETOL... 18
NEXLIZET... 18
NEXPLANON... 33
niacin... 18
niacor... 18
NICOTROL NS... 22
nifedipine... 18
nikki (28)... 33
nilotinib hcl... 72
nilutamide... 72
nimodipine... 18
NINLARO... 72
nintedanib... 93
nitazoxanide... 76
nitisinone... 94
nitrofurantoin macrocrystal... 57
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 57
nitroglycerin... 18, 48
NIVESTYM... 89
nizatidine... 27
NORA-BE... 33
norelgestromin-ethin.estradiol... 33
noreth-ethinyl estradiol-iron... 33

norethindrone (contraceptive)... 33
 norethindrone ac-eth estradiol... 33
 norethindrone acetate... 33
 norethindrone-e.estradiol-iron... 33
 norgestimate-ethinyl estradiol... 33
 NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 86
 NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 86
 NORMOSOL-R PH 7.4... 86
 NORMOSOL-R... 86
 nortrel 0.5/35 (28)... 33
 nortrel 1/35 (21)... 33
 nortrel 1/35 (28)... 33
 nortrel 7/7/7 (28)... 33
 nortriptyline... 63
 NORVIR... 82
 NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 90
 NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 90
 NOVOLIN N FLEXPEN... 90
 NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 90
 NOVOLIN R FLEXPEN... 90
 NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 90
 NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 91
 NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 91
 NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 91
 NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 91
 NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 91
 NOVOPEN ECHO... 48
 NUBEQA... 72
 NUCALA... 93
 NUPLAZID... 78
 NUTRILIPID... 86
 nyamyc... 65
 nylia 1/35 (28)... 33
 nylia 7/7/7 (28)... 34

nystatin-triamcinolone... 66
 nystatin... 65
 nystop... 66

O

ocella... 34
 octreotide acetate... 38
 octreotide,microspheres... 38
 ODEFSEY... 82
 ODOMZO... 72
 OFEV... 93
 ofloxacin... 12, 44, 57
 OGIVRI... 72
 OGSIVEO... 72
 OJEMDA... 72
 OJJAARA... 72
 olanzapine... 78, 79
 olmesartan-amlodipin-hcthiacid... 18
 olmesartan-hydrochlorothiazide... 18
 olmesartan... 18
 omega-3 acid ethyl esters... 18
 omeprazole... 27
 OMLYCLO... 41
 OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS)... 48
 OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 48
 OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 48
 OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS)... 48
 OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 48
 OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 48
 OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 49
 OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 49
 OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 49
 OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 49
 OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 49

OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 49
 OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 49
 OMNIPOD GO PODS... 49
 OMNITROPE... 36
 ondansetron hcl (pf)... 64
 ondansetron hcl... 64
 ondansetron... 64
 one natal rx... 86
 ONUREG... 72
 OPDIVO QVANTIG... 72
 OPDIVO... 72
 OPDUALAG... 72
 OPIPZA... 79
 ORGOVYX... 72
 orquidea... 34
 ORSERDU... 72
 oseltamivir... 82
 OTEZLA STARTER... 26
 OTEZLA XR INITIATION... 26
 OTEZLA XR... 26
 OTEZLA... 26
 OTULFI... 41
 oxacillin in dextrose(iso-osm)... 57
 oxacillin... 57
 oxcarbazepine... 60
 oxybutynin chloride... 28
 oxycodone-acetaminophen... 52
 oxycodone... 52
 OZEMPIC... 91

P

PACERONE... 18
 paliperidone... 79
 PANRETIN... 72
 pantoprazole in 0.9% sod chlor... 27
 pantoprazole... 27
 paricalcitol... 21
 paroxetine hcl... 63
 PAXLOVID... 82
 pazopanib... 72, 73
 PEDIARIX (PF)... 41
 PEDVAX HIB (PF)... 41

peg 3350-electrolytes... 28	podofilox... 26	PREMASOL 10 %... 87
peg-electrolyte soln... 28	polocaine-mpf... 52	PRENATA... 87
PEGASYS... 41	polocaine... 52	PRENATABS FA... 87
PEMAZYRE... 73	polycin... 45	prenatal plus (calcium carb)... 87
PEN NEEDLE, DIABETIC... 49	polymyxin b sulf-trimethoprim... 45	prenatal plus vitamin-mineral... 87
PENBRAYA (PF)... 41	polymyxin b sulfate... 58	PRENATE ELITE... 87
penicillamine... 86	pomalidomide... 73	PRETOMANID... 66
penicillin g pot in dextrose... 57	POMALYST... 73	prevalite... 18
penicillin g potassium... 57	portia 28... 34	PREVYMIS... 82
penicillin g sodium... 57	posaconazole... 66	PREZCOBIX... 82
penicillin v potassium... 57	potassium acetate... 86	PREZISTA... 82
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)... 41	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 86	PRIFTIN... 66
PENTACEL (PF)... 41	potassium chloride in 0.9%nacl... 87	primaquine... 76
pentamidine... 76	potassium chloride in 5 % dex... 87	primidone... 60
pentoxifylline... 18	potassium chloride in lr-d5... 87	PRIMSOL... 58
perampanel... 60	potassium chloride in water... 87	PRIORIX (PF)... 41
PERIKABIVEN... 86	potassium chloride-0.45 % nacl... 87	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 49
perindopril erbumine... 18	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 87	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS... 49
periogard... 23	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 87	probenecid-colchicine... 13
PERJETA... 73	potassium chloride... 86	probenecid... 13
permethrin... 26	potassium citrate... 87	prochlorperazine edisylate... 64
perphenazine... 79	POTELIGEO... 73	prochlorperazine maleate... 64
phenelzine... 63	pr natal 400 ec... 87	prochlorperazine... 64
phenobarbital... 60	pr natal 400... 87	procto-med hc... 26
phenytoin sodium extended... 60	pr natal 430 ec... 87	proctosol hc... 26
phenytoin sodium... 60	pr natal 430... 87	proctozone-hc... 26
phenytoin... 60	pramipexole... 14	progesterone micronized... 34
philith... 34	prasugrel hcl... 89	progesterone... 34
PIFELTRO... 82	pravastatin... 18	PROGRAF... 41
pilocarpine hcl... 24, 44	praziquantel... 76	PROLIA... 21
pimecrolimus... 26	prazosin... 18	promethazine... 64
pimozide... 79	prednisolone acetate... 45	propafenone... 19
pimtrea (28)... 34	prednisolone sodium phosphate... 36, 45	propranolol... 19
pioglitazone-metformin... 91	prednisolone... 36	propylthiouracil... 38
pioglitazone... 91	prednisone intensol... 36	PROQUAD (PF)... 41
piperacillin-tazobactam... 57	prednisone... 36	PROSOL 20 %... 87
PIQRAY... 73	pregabalin... 23	protriptyline... 63
pirfenidone... 93	PREMARIN... 34	PULMOZYME... 93
piroxicam... 52		PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 49
pitavastatin calcium... 18		PYLERA... 28
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4... 86		pyrazinamide... 66
PLASMA-LYTE A... 86		pyridostigmine bromide... 13
PLENAMINE... 86		pyrimethamine... 76

Q

QINLOCK... 73
 QUADRACEL (PF)... 41
 quetiapine... 79
 quinapril-hydrochlorothiazide... 19
 quinapril... 19
 quinidine sulfate... 19
 quinine sulfate... 76
 QULIPTA... 13

R

RABAVERT (PF)... 41
 rabeprazole... 28
 RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP... 23
 RADICAVA ORS... 23
 RADICAVA... 23
 RALDESY... 63
 raloxifene... 34
 ramelteon... 45
 ramipril... 19
 ranolazine... 19
 rasagiline... 14
 RASONQUE... 73
 reclusen (28)... 34
 RECOMBIVAX HB (PF)... 41
 RELENZA DISKHALER... 82
 repaglinide... 91
 REPATHA PUSHTRONEX... 19
 REPATHA SURECLICK... 19
 REPATHA SYRINGE... 19
 RETACRIT... 89
 RETEVMO... 73
 RETROVIR... 82
 REVCovi... 94
 REVUFORJ... 73
 REXTOVY... 22
 REXULTI... 79
 REYATAZ... 82
 REZDIFFRA... 49
 REZLIDHIA... 73
 RHOPRESSA... 45
 RIABNI... 73
 ribavirin... 82

rifabutin... 66
 rifampin... 66
 rifapentine... 66
 rilpivirine hcl... 82
 riluzole... 23
 rimantadine... 82
 ringer's... 87
 RINVOQ LQ... 42
 RINVOQ... 41, 42
 risedronate... 21
 RISPERDAL CONSTA... 79
 risperidone microspheres... 79
 risperidone... 79
 ritonavir... 82
 rivaroxaban... 89
 rivastigmine tartrate... 12
 rivastigmine... 12
 rizatriptan... 13
 ROCKLATAN... 45
 roflumilast... 93
 ROMVIMZA... 73
 ropinirole... 14
 ropivacaine (pf)... 52
 rosuvastatin... 19
 ROTARIX... 42
 ROTATEQ VACCINE... 42
 roweepra... 60
 ROZLYTREK... 73
 RUBRACA... 73
 rufinamide... 61
 RUKOBIA... 82
 RUXIENCE... 73
 RYBELSUS... 91
 RYBREVANT FASPRO... 73
 RYBREVANT... 73
 RYDAPT... 73

S

sacubitril-valsartan... 19
 SANTYL... 26
 sapropterin... 94
 SARCLISA ESCENA... 73
 SARCLISA... 73
 SCEMBLIX... 73, 74

scopolamine base... 64
 se-natal 19 chewable... 87
 SECUADO... 79
 selegiline hcl... 14
 selenium sulfide... 26
 SELZENTRY... 83
 sertraline... 63
 setlakin... 34
 sevelamer carbonate... 87
 sevelamer hcl... 87
 sharobel... 34
 SHINGRIX (PF)... 42
 SIGNIFOR LAR... 38
 SIGNIFOR... 38
 sildenafil (pulm.hypertension)... 93
 silodosin... 28
 silver sulfadiazine... 26
 SIMBRINZA... 45
 simliya (28)... 34
 simpanse... 34
 simvastatin... 19
 sirolimus... 42
 SIRTURO... 66
 sitagliptin phos-metformin... 91
 sitagliptin phosphate... 91
 SKYRIZI... 42
 SMOFLIPID... 87
 sodium bicarbonate... 87
 sodium chloride 0.45 %... 87
 sodium chloride 0.9 %... 87
 sodium chloride 3 % hypertonic... 88
 sodium chloride 5 % hypertonic... 88
 sodium chloride... 49, 87
 sodium oxybate... 46
 sodium phenylbutyrate... 95
 sodium phosphate... 88
 sodium polystyrene sulfonate... 88
 sodium,potassium,mag sulfates... 28
 sofosbuvir-velpatasvir... 83
 solifenacin... 29

trandolapril... 20
 tranexamic acid... 89
 tranylcypromine... 63
 TRAVASOL 10 %... 88
 travoprost... 45
 TRAZIMERA... 74
 trazodone... 63
 TRELEGY ELLIPTA... 94
 TRELSTAR... 38
 TREMFYA ONE-PRESS... 42
 TREMFYA PEN INDUCTION
 PK(2PEN)... 42
 TREMFYA PEN... 42
 TREMFYA... 42
 TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 91
 TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 91
 TRESIBA U-100 INSULIN... 91
 tretinoin (antineoplastic)... 74
 tretinoin... 26
 tri-estarylla... 34
 tri-legest fe... 34
 tri-linyah... 34
 tri-lo-estarylla... 34
 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, 36,
 37
 triamterene-hydrochlorothiazid...
 20
 triamterene... 20
 trientine... 88
 trifluoperazine... 79
 trifluridine... 45
 trihexyphenidyl... 14
 TRIKAFTA... 94
 trimethoprim... 58
 trimipramine... 63
 trinatal rx 1... 88

TRINTELLIX... 63
 TRIUMEQ PD... 83
 TRIUMEQ... 83
 trivora (28)... 35
 TROGARZO... 83
 TROPHAMINE 10 %... 88
 trospium... 29
 TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 49
 TRUE COMFORT PRO ALCOHOL
 PADS... 49
 TRULICITY... 91
 TRUMENBA... 42
 TRUQAP... 74
 TRYPTIR... 45
 TUKYSA... 74
 tulana... 35
 TURALIO... 74
 turqoz (28)... 35
 TWINRIX (PF)... 42
 TWIRLA... 35
 TYBOST... 83
 TYENNE AUTOINJECTOR... 42
 TYENNE... 42
 TYMLOS... 21
 TYPHIM VI... 42

U

UBRELVY... 13
 UDENYCA AUTOINJECTOR... 89
 UDENYCA ONBODY... 89
 UDENYCA... 89
 ULTILET ALCOHOL SWAB... 49
 ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)...
 49
 ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE... 49
 ULTRA-FINE PEN NEEDLE... 49
 ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN...
 49
 UNITHROID... 37
 UNITUXIN... 74
 UNLOXCYT... 74
 UPTRAVI... 94
 ursodiol... 28

V

valacyclovir... 83
 VALCHLOR... 75
 valganciclovir... 83
 valproate sodium... 61
 valproic acid (as sodium salt)... 61
 valproic acid... 61
 valrubicin... 75
 valsartan-hydrochlorothiazide... 20
 valsartan... 20
 VALTOCO... 61
 valtya... 35
 vancomycin in 0.9 % sodium chl...
 58
 vancomycin in dextrose 5 %... 58
 vancomycin-diluent combo no.1...
 58
 vancomycin... 58
 VANFLYTA... 75
 VAQTA (PF)... 42, 43
 varenicline tartrate... 22
 VARIVAX (PF)... 43
 VAXCHORA VACCINE... 43
 VECTIBIX... 75
 velivet triphasic regimen (28)... 35
 VELSIPITY... 43
 VEMLIDY... 83
 VENCLEXTA STARTING PACK... 75
 VENCLEXTA... 75
 venlafaxine... 63
 VENTOLIN HFA... 94
 VEPPANU... 75
 verapamil... 20
 VERQUVO... 20
 VERSACLOZ... 80
 VERZENIO... 75
 vestura (28)... 35
 vienva... 35
 vigabatrin... 61
 vigadrone... 61
 VIGAFYDE... 61
 vigpoder... 61
 vilazodone... 64
 VIMKUNYA (PF)... 43

viorele (28)... 35	XOLAIR... 43	ZURZUVAE... 64
VIRACEPT... 83	XOSPATA... 75	ZYDELIG... 76
VIREAD... 83	XPOVIO... 75	ZYKADIA... 76
VITRAKVI... 75	XTANDI... 75	ZYMFENTRA... 43
VIVITROL... 22	xulane... 35	ZYNYZ... 76
VIVOTIF... 43	Y	ZYPREXA RELPREVV... 80
VIZIMPRO... 75	YERVOY... 76	ZYPREXA... 80
VOCABRIA... 83	YESINTEK... 43	
volnea (28)... 35	YF-VAX (PF)... 43	
VONJO... 75	YONDELIS... 76	
VORANIGO... 75	yulithira... 76	
voriconazole-hpbc... 66	Z	
voriconazole... 66	zafemy... 35	
VOSEVI... 83	zafirlukast... 94	
VOWST... 28	zaleplon... 46	
VRAYLAR... 80	zarah... 35	
vyfemla (28)... 35	ZARXIO... 89	
vylibra... 35	ZEJULA... 76	
VYLOY... 75	ZELBORAF... 76	
VYZULTA... 45	ZEMAIRA... 95	
W	zenatane... 26	
warfarin... 89	ZENBEXUS... 76	
WEBCOL... 49	ZENPEP... 95	
WEGOVY... 50	zidovudine... 83	
WELIREG... 95	ziprasidone hcl... 80	
wera (28)... 35	ziprasidone mesylate... 80	
wesnata dha complete... 88	ZIRABEV... 76	
wesnate dha... 88	ZIRGAN... 83	
westab plus... 88	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 21	
WINREVAIR... 94	zoledronic acid-mannitol-water... 21	
wixela inhub... 94	zoledronic acid... 21	
wymzya fe... 35	ZOLINZA... 76	
X	zolpidem... 46	
XALKORI... 75	ZONISADE... 62	
xarah fe... 35	zonisamide... 62	
XATMEP... 43	ZORYVE... 26	
XCOPRI MAINTENANCE PACK... 61	zovia 1-35 (28)... 35	
XCOPRI TITRATION PACK... 62	ZTALMY... 62	
XCOPRI... 61	ZUBSOLV... 22	
XDEMVI... 50	zumandimine (28)... 35	
xelria fe... 35	ZURNAI... 22	
XERMELO... 28		
XIFAXAN... 28		

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարեք **1-800-794-5907 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (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 **1-800-794-5907 (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 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistiques, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **1-800-794-5907 (ATS: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **1-800-794-5907 (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。 **1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajilii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** bich'í' hodíílnih.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: May available na mga libreng serbisyo sa wika, mga gamit na pantulong, at alternatibong format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ **1-800-794-5907 (TTY: 711)** کال کریں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Este formulario fue actualizado el 09/28/2026. Para obtener información más actualizada o si tiene otras preguntas, contacte al Equipo de Atención al Cliente de CarePlus para hacer cualquier pregunta al 800-794-5907 o, para los usuarios de TTY, al 711, siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema automatizado podría contestar su llamada durante los fines de semana y los días festivos. Para obtener servicio las 24 horas, puede visitarnos en **es-www.CarePlusHealthPlans.com**



CarePlusHealthPlans.com