

2016

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de Humana

Lista de medicamentos cubiertos

Humana Gold Choice H8145-084
(PFFS)

Texas
Condados seleccionados en Texas



**FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE
PLAN.**

Este formulario se actualizó el 11/05/2016. Para información más reciente u otras preguntas, contacte Humana al 1-800-457-4708 o, para usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable, o visite Humana.com.

Humana®

¡Bienvenidos a Humana!

Nota para los afiliados actuales: Este formulario cambia cada año. Si estuvo afiliado al plan en el 2015, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando.

¿Qué es el formulario?

Un formulario es la lista de medicamentos cubiertos que fueron seleccionados por Humana. Humana 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, Humana cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas, el medicamento recetado sea obtenido en una farmacia de la red de Humana y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

Por lo general, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura de dicho medicamento durante el año de cobertura del 2016 si usted toma un medicamento que estaba cubierto al comienzo del año. No obstante, podemos cambiar el formulario cuando un nuevo medicamento genérico menos costoso se hace disponible o cuando se publica nueva información acerca de la seguridad o eficacia de un medicamento.

Le notificaremos si se ve afectado por los siguientes cambios en nuestro formulario:

- Cuando eliminamos un medicamento del formulario
- Cuando agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones al tratamiento por pasos para un medicamento
- Cuando pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto

¿Qué sucede si usted está afectado por un cambio en el formulario?

Le notificaremos por lo menos 60 días antes de que ocurra uno de estos cambios o cuando usted solicite una repetición del medicamento afectado.

Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) decide que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le notificaremos si usted está tomando el medicamento.

El formulario adjunto es vigente a partir de noviembre de 2016. Actualizaremos nuestros formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **Humana.com/medicaredruglist**.

Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por Humana, visite **Humana.com/medicaredruglist**. La herramienta de búsqueda de la "Drug List" (Lista de Medicamentos) le permite buscar su medicamento por nombre o tipo de medicamento.

Para obtener ayuda e información, llame al departamento de Atención al Cliente de Humana al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**. Puede llamarnos siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección

El formulario empieza en la página 10. 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: “Medicamentos 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 10. Luego busque bajo el nombre de la categoría para su medicamento. En el formulario también están el Nivel y los Requisitos de administración de usos para cada medicamento (consulte la página 5 para más información sobre Requisitos de administración de usos).

Listado en orden alfabético

Si no sabe muy bien la categoría o grupo de su medicamento, puede buscar el medicamento en el índice que empieza en la página 135. El índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos genéricos como los de marca aparecen. Busque 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.

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles. Humana cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) 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 al costo compartido más bajo para el plan
- **Nivel 2 - Genéricos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que 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 menor que los medicamentos de marca no preferidos del Nivel 4
- **Nivel 4 - De marca no preferidos:** Medicamentos genéricos o de marca que el plan le ofrece a un costo mayor que los medicamentos de marca preferidos del Nivel 3
- **Nivel 5 - Especializados:** Algunos medicamentos inyectables y otros de alto costo

¿Cuánto dinero pagaré por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende de:

- El nivel en que se encuentra su medicamento
- Si usted compra el medicamento en una farmacia de la red.
- La etapa del beneficio en que se encuentra para el pago de medicamentos. Por favor, lea su Evidencia de Cobertura (EOC) para más información

Si usted califica para obtener ayuda adicional con el costo de sus medicamentos, sus costos pueden ser distintos a los descritos anteriormente. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) o llame al departamento de Atención al Cliente para verificar cuáles son sus costos.

¿Hay algunas restricciones de mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Éstos se llaman Requisitos de administración de usos. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (AP):** Humana requiere que usted obtenga una autorización previa para que ciertos medicamentos sean cubiertos por su plan. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de Humana antes de obtener sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que Humana no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad (LC):** Para algunos medicamentos, Humana limita la cantidad de medicamento que nosotros cubriremos. Humana puede limitar el número de repeticiones que usted puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede llevar cada vez que obtiene su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar sólo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla diaria. Los medicamentos especializados están limitados a provisiones de 30 días independientemente de su ubicación en el nivel.
- **Tratamiento por Pasos (TP):** En algunos casos, Humana exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otros medicamentos para esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que Humana no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, Humana entonces cubrirá el Medicamento B.
- **Parte B o Parte D (B o D):** Algunos medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que se necesite proveer información a Humana que describe el uso y el lugar donde usted recibe y toma el medicamento para poder hacer una determinación.

Para medicamentos que requieren autorización previa, tratamiento por pasos o medicamentos que sobrepasan los límites de cantidad, el médico puede enviar información por fax sobre su afección y necesidad de esos medicamentos a Humana en **1-877-486-2621**. Tenemos representantes a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Puede verificar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que empieza en la página 10.

También puede visitar **Humana.com/medicaredruglist**, para obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos.

Puede pedirle a Humana que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección “**¿Cómo solicito una excepción al formulario?**” en la página 6, para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Tiene un impacto en mi cobertura la reforma al sistema de salud?

Desde 2011, Medicare ha hecho cambios para ayudar con el costo de medicamentos mientras los afiliados se encuentran en el período sin cobertura del Plan de Medicamentos Recetados. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) trabajan junto con las compañías que fabrican medicamentos recetados y planes de salud para que reciba un descuento cercano al 55 por ciento en el costo de muchos medicamentos recetados de marca cubiertos durante el período sin cobertura. Los afiliados de Medicare que reciban el subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional") o que estén cubiertos por un plan de medicamentos recetados comercial calificado a través de un patrono no recibirán este descuento.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el formulario?

Si su medicamento no aparece en la lista de medicamentos cubiertos, visite Humana.com/medicaredruglist para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar al departamento de Atención al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si Humana no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar al departamento de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que Humana cubre. Muestre la lista a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Humana.
- Puede pedirle a Humana que haga una excepción y cubra su medicamento. Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

Hable con su médico para decidir si debe cambiarse a otro medicamento que cubramos o si debe solicitar una excepción al formulario de manera que cubramos su medicamento.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

Puede pedirle a Humana que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitarnos.

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que cubramos su medicamento si no está en nuestro formulario.
- **Excepción a la restricción de usos:** puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos más dosis del medicamento.
- **Excepción al nivel:** puede solicitarnos que proveamos un mayor nivel de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitarnos que en vez de eso lo cubramos como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no podrá pedirnos que le proveamos un mayor nivel de cobertura para el medicamento si aprobamos su solicitud para cubrir un medicamento que no está en nuestro formulario.

Por lo general, Humana sólo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido más bajo, u otras restricciones no fueran tan efectivos para el tratamiento de su afección médica, y/o si le causaran efectos médicos adversos.

Usted debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de usos. Cuando usted solicita una excepción, debería presentar una declaración de su médico que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración probatoria.

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas luego de que se haya recibido declaración probatoria de su médico. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si su solicitud para una decisión acelerada es otorgada, debemos darle una decisión en no más de 24 horas después de que recibamos la declaración probatoria de su médico.

¿Cubrirá mi plan mis medicamentos si no están en el formulario?

Usted puede tomar medicamentos que su plan no cubre. O, usted puede hablar con su proveedor acerca de tomar un medicamento diferente que su plan cubre, pero ese medicamento podría tener un Requisito de administración de usos, tal como una autorización previa o el Tratamiento por pasos, que le impida obtener el medicamento de inmediato. En ciertos casos, podemos cubrir hasta una provisión de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan.

Esto es lo que haremos para cada uno de sus medicamentos actuales de la Parte D que no están en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada:

- Temporalmente cubriremos hasta un suministro de 30 días de su medicina cuando va a una farmacia.
- No pagaremos por estos medicamentos después de su primer suministro de 30 días, incluso si usted ha sido afiliado del plan por menos de 90 días, a menos que le hayamos otorgado una excepción al formulario.

Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en nuestro formulario, cubriremos hasta una provisión de 31 días, más repeticiones para un máximo de una provisión de 91 a 98 días de su actual tratamiento con medicamentos (a menos que usted tenga una receta para menos días). Cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan. Cubriremos una provisión de emergencia de 31 días de su medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras usted consigue una excepción al formulario si:

- Necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o
- Su capacidad para obtener los medicamentos se encuentra limitada y
- Ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan

Durante el año del plan, usted podría tener un cambio del lugar de su tratamiento (el lugar donde recibe y toma su medicamento) debido a la cantidad de atención que necesite. Estos cambios incluyen:

- Afiliados dados de alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada a sus hogares
- Afiliados admitidos a un hospital o a un centro de enfermería especializada desde sus hogares
- Afiliados transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y que usan una farmacia distinta
- 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 dados de alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para estos cambios en los lugares de tratamiento, Humana cubrirá una provisión temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando su medicamento recetado es obtenido en una farmacia. Si usted cambia de lugar de tratamiento muchas veces durante el mismo mes, posiblemente deba solicitar una excepción o una autorización previa y recibir aprobación para la cobertura ininterrumpida de su medicamento. Humana revisará estas solicitudes de continuidad de tratamiento, caso por caso, teniendo en cuenta los riesgos que conllevaría el cambio de terapia cuando usted se encuentre estable en un régimen de medicamentos.

Transición extendida

Humana considerará sobre una base de estudio caso por caso para una extensión del periodo de transición si su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada antes de finalizar su periodo de transición inicial. Seguiremos proveyéndole los medicamentos necesarios si se extiende su periodo de transición.

Una Política de Transición está disponible en el sitio Web de Medicare de Humana, **Humana.com**, en la misma sección donde aparecen las Guías de Medicamentos Recetados.

MyHumana - Su sitio Web seguro

Regístrese en MyHumana, su sitio Web seguro en Humana.com, para obtener más información sobre su plan de medicamentos recetados. Puede iniciar sesión en MyHumana para obtener los detalles acerca de sus beneficios, ver sus reclamaciones y explorar la ficha de Medicare. También puede usar el Rx Calculator bajo "Pharmacy Tools" (Herramientas de farmacia) en MyHumana para:

- Calcular el costo mensual de sus medicamentos y cuánto tiempo le tomará alcanzar las diversas "etapas" de costo de su plan de medicamentos recetados
- Obtener información sobre precios, cobertura, uso, dosis, interacciones y otros detalles de más de 10,000 medicamentos
- Verificar si una alternativa de un medicamento genérico puede ayudarle a ahorrar dinero

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Humana, lea su Evidencia de Cobertura (EOC) y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de Humana, visite nuestro sitio Web en **Humana.com/medicaredruglist**. La herramienta de búsqueda de la “Drug List” (Lista de Medicamentos) le permite buscar su medicamento por nombre o tipo de medicamento.

También puede llamar al departamento de Atención al Cliente de Humana al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**. Puede llamarnos siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable.

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

Formulario de Humana

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Humana. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 135.

Cómo leer su formulario

En la primera columna de la tabla aparecen las categorías de afecciones médicas en orden alfabético. Los nombres de los medicamentos aparecen 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 y cursiva. Al lado del nombre del medicamento es posible que aparezca un indicador para brindarle información adicional de cobertura para ese medicamento. Es posible que vea los siguientes indicadores:

IC - medicamentos de infusión casera que están cubiertos en el periodo sin cobertura

ES - medicamentos que por lo general están disponibles a través de una farmacia especializada. Contacte su farmacia especializada para verificar si su medicamento está disponible.

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

En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 4 para obtener más detalles acerca de los niveles de medicamentos que se utilizan en su plan.

En la tercera columna aparecen los Requisitos de administración de usos para el medicamento. Es posible que Humana tenga requisitos particulares para la cobertura de ese medicamento. Si la columna está en blanco, entonces no hay requisitos de usos para ese medicamento. La provisión de cada medicamento se basa en los beneficios y en si su médico receta una provisión de 30, 60 ó 90 días. La cantidad de cualquier límite de cantidad también estará en esta columna (Por ejemplo: "LC - 30 por 30 días" significa que sólo puede obtener 30 dosis cada 30 días). Consulte la página 5 para obtener más información acerca de estos requisitos para su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
abacavir 300 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
abacavir-lamivudine 600-300 mg ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	5	
acyclovir 200 mg capsule; acyclovir 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp ^{EC}	4	
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial ^{IC,EC}	4	
acyclovir sodium 1 gm vial ^{EC}	4	
acyclovir sodium 500 mg vial ^{EC}	3	
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{ES}	5	
ALBENZA 200 MG TABLET ^{EC}	5	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ALINIA 500 MG TABLET ^{EC}	4	LC (40 cada 30 d<Chr85>as)
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	4	
amikacin sulf 1 gram/4 ml vial ^{IC,EC}	4	
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial ^{EC}	4	
amoxicillin 125 mg, 250 mg tab chew; amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml susp; amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule; amoxicillin 500 mg, 875 mg tablet ^{EC}	1	
amox-clav 200-28.5 mg, 400-57 mg tab chew; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml sus; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml susp; amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg tablet ^{EC}	2	
amox-clav er 1,000-62.5 mg tab ^{EC}	3	
amphotericin b 50 mg vial ^{EC}	4	
ampicillin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; ampicillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	2	
ampicillin 1 gm a-v vial; ampicillin 1 gram, 2 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ampicillin 2 gm a-v vial; ampicillin 2 gm vial ^{EC}	4	
ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg vial; ampicillin 10 gm vial ^{IC,EC}	4	
ampicillin-sulb 3 gm add vial; ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl ^{EC}	4	
ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial ^{IC,EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
APTIVUS 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	LC (285 cada 28 d<Chr85>as)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
atovaquone 750 mg/5 ml susp ^{EC}	5	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 ^{EC}	4	
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVELOX 400 MG/250 ML IN SODIUM CHLORIDE (ISO-OSM) INTRAVENOUS PIGGYBACK ^{IC,EC}	4	
azithromycin 1 gm pwd packet; azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml susp ^{EC}	3	
azithromycin 250 mg, 500 mg, 600 mg tablet ^{EC}	2	
azithromycin i.v. 500 mg vial ^{IC,EC}	2	
aztreonam 1 gm vial ^{IC,EC}	4	
aztreonam 2 gm vial ^{EC}	5	
baciim 50,000 unit intramuscular solution ^{EC}	4	
bacitracin 50,000 units vial ^{EC}	2	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	LC (630 cada 30 d<Chr85>as)
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{ES}	5	AP,LC (224 cada 28 d<Chr85>as)
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{IC,EC}	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
BILTRICIDE 600 MG TABLET ^{EC}	4	
CANCIDAS 50 MG, 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	5	
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	4	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{ES}	5	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
cefaclor 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml susp; cefaclor 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml suspen; cefaclor er 500 mg tablet ^{EC}	3	
cefaclor 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	2	
cefadroxil 1 gm tablet; cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp; cefadroxil 500 mg capsule ^{EC}	2	
cefazolin 1 gm add-van vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 20 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial; cefazolin 20 gm bulk vial ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
cefazolin 1 gm vial ^{IC,EC}	3	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose ^{IC,EC}	3	
cefazolin 2 g/100 ml-dextrose; cefazolin 2 g/50 ml-dextrose ^{EC}	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp ^{EC}	3	
cefdinir 300 mg capsule ^{EC}	2	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial ^{IC,EC}	4	
cefepime-dextrose 1 gm/50 ml; cefepime-dextrose 2 gm/50 ml ^{EC}	4	
cefepime 1 gm injection; cefepime 2 gm injection ^{EC}	4	
cefotaxime sodium 1 gm vial; cefotaxime sodium 10 gm vial; cefotaxime sodium 2 gm vial ^{IC,EC}	2	
cefotaxime sodium 500 mg vial ^{EC}	2	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial ^{EC}	4	
cefotetan-dextr 1 g duplex bag; cefotetan-dextr 2 g duplex bag ^{EC}	4	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial ^{EC}	4	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag ^{EC}	4	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet; cefpodoxime 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml susp ^{EC}	4	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefprozil 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial ^{IC,EC}	3	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback ^{EC}	3	
ceftibuten 180 mg/5 ml susp; ceftibuten 400 mg capsule ^{EC}	4	
ceftriaxone 1 gm vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm vial ^{EC}	3	
ceftriaxone 1 gm vial; ceftriaxone 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; ceftriaxone 2 gm add vial ^{IC,EC}	3	
ceftriaxone 1 gm-d5w bag; ceftriaxone 2 gm-d5w bag ^{EC}	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	3	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial ^{IC,EC}	3	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cephalexin 250 mg, 500 mg capsule; cephalexin 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
cephalexin 750 mg capsule ^{EC}	4	
chloramphen na succ 1 gm vl ^{IC,EC}	3	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
cidofovir 375 mg/5 ml vial ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ciprofloxacin er 1,000 mg, 500 mg tab; ciprofloxacin er 1,000 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab ^{EC}	1	
ciprofloxacin-d5w 200 mg/100 ml ^{IC,EC}	2	
ciprofloxacin-d5w 400 mg/200 ml ^{EC}	2	
ciprofloxacin 200 mg/20 ml vl ^{EC}	2	
ciprofloxacin 400 mg/40 ml vl ^{IC,EC}	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus; clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet; clarithromycin er 500 mg tab ^{EC}	3	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule ^{EC}	2	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml ^{IC,EC}	4	
clindamycin 75 mg/5 ml soln ^{EC}	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution ^{EC}	4	
clindamycin 150 mg/ml addvan ^{IC,EC}	3	
clindamycin 150 mg/ml addvan; clindamycin 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml addvan; clindamycin ph 900 mg/6 ml vl ^{EC}	3	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET ^{EC}	4	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)
colistimethate 150 mg vial ^{EC}	4	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE; CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
CUBICIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	5	
CUBICIN RF 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
cycloserine 250 mg capsule ^{EC}	4	
DAKLINZA 30 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
dapsone 100 mg, 25 mg tablet ^{EC}	3	
daptomycin 500 mg vial ^{EC}	5	
DARAPRIM 25 MG TABLET ^{EC}	4	
demeclocycline 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	4	
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule</i> ^{EC}	2	
<i>didanosine dr 125 mg capsule</i> ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
<i>didanosine dr 200 mg capsule</i> ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule</i> ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DIFICID 200 MG TABLET ^{EC}	5	TP,LC (20 cada 10 d<Chr85>as)
DORIBAX 250 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
<i>doxy-100 100 mg intravenous solution</i> ^{EC}	4	
<i>doxycycline hyc 100 mg vial</i> ^{IC,EC}	3	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab; doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap</i> ^{EC}	3	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp; doxycycline mono 150 mg cap</i> ^{EC}	4	
<i>doxycycline mono 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg tablet</i> ^{EC}	3	
<i>doxycycline mono 100 mg, 50 mg cap</i> ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i> ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
E.E.S. 400 MG TABLET ^{EC}	4	
EDURANT 25 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (680 cada 28 d<Chr85>as)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet</i> ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	4	
EPZICOM 600 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	4	
ERAXIS(WATER DILUENT) 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
ERY-TAB 250 MG, 333 MG, 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) 250 MG TABLET ^{EC}	2	
<i>erythromycin 250 mg, 500 mg filmtab; erythromycin ec 250 mg cap</i> ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
erythromycin es 400 mg tab ^{EC}	4	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet ^{EC}	4	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp; fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
fluconazole-dext 200 mg/100 ml ^{EC}	2	
fluconazole-dext 400 mg/200 ml ^{IC,EC}	2	
fluconazole-nacl 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml ^{EC}	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	5	
foscarnet 24 mg/ml infus bttl ^{EC}	3	B o D
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ganciclovir 500 mg vial ^{IC,EC}	4	
gentamicin 20 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
gentamicin 80 mg/2 ml vial ^{IC,EC}	2	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml ^{IC,EC}	3	
iso gentamicin 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml; isoton gentamicin 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml ^{EC}	3	
gentamicin ped 20 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
gentamicin 10 mg/ml vial ^{EC}	2	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp; griseofulvin micro 500 mg tab ^{EC}	4	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab ^{EC}	4	
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
hydroxychloroquine 200 mg tab ^{EC}	2	
imipenem-cilastatin 250 mg vl ^{IC,EC}	4	
imipenem-cilastatin 500 mg vl ^{IC,EC}	3	
INTELENCE 100 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
INTELENCE 200 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{ES}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION; INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML SOLUTION FOR INJECTION ^{ES}	5	AP
INVANZ 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
INVANZ 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{IC,EC}	4	
INVIRASE 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
INVIRASE 500 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{ES}	5	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{ES}	3	
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{ES}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>isoniazid 100 mg, 300 mg tablet; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	1	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i> ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>ivermectin 3 mg tablet</i> ^{EC}	3	
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{ES}	4	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{ES}	5	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	
KETEK 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	4	
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i> ^{EC}	4	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
lamivudine 300 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
lamivudine hbv 100 mg tablet ^{EC}	4	
lamivudine-zidovudine tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
levofloxacin 25 mg/ml solution ^{EC}	3	
levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
levofloxacin 500 mg/20 ml vial ^{IC,EC}	4	
levofloxacin 250 mg/50 ml, 750 mg/150 ml-d5w ^{EC}	4	
levofloxacin 500 mg/100 ml-d5w ^{IC,EC}	4	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{ES}	3	LC (1575 cada 28 d<Chr85>as)
LEXIVA 700 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
LINCOCIN 300 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{IC,EC}	4	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl ^{EC}	4	
linezolid 100 mg/5 ml susp; linezolid 600 mg tablet ^{EC}	5	
linezolid 600 mg/300 ml iv sol ^{IC,EC}	5	
linezolid-0.9% nacl 600 mg/300 ^{EC}	5	
mefloquine hcl 250 mg tablet ^{EC}	3	
meropenem iv 1 gm vial ^{EC}	4	
meropenem iv 500 mg vial ^{IC,EC}	4	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 ^{EC}	4	
methenamine hipp 1 gm tablet ^{EC}	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
metronidazole 375 mg capsule ^{EC}	4	
metronidazole 500 mg/100 ml ^{IC,EC}	4	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	2	
minocycline hcl 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	3	
MONUROL 3 GRAM ORAL PACKET ^{EC}	4	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet ^{EC}	4	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag ^{EC}	4	
MYCAMINE 100 MG, 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
nafcillin 1 gm add-van vial; nafcillin 2 gm add-vant vial; nafcillin 2 gm vial ^{EC}	5	
nafcillin 1 gm vial ^{IC,EC}	4	
nafcillin 10 gm vial ^{IC,EC}	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj ^{IC,EC}	4	
nafcillin 2 gm/ 100 ml inj ^{EC}	5	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	4	B o D
neomycin 500 mg tablet ^{EC}	3	
nevirapine 200 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{EC}	4	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine er 100 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine er 400 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{EC}	4	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	4	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg ^{EC}	4	
NOROXIN 400 MG TABLET ^{EC}	4	
NORVIR 100 MG CAPSULE; NORVIR 100 MG TABLET ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	5	AP,LC (93 cada 30 d<Chr85>as)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{EC}	5	AP,LC (840 cada 28 d<Chr85>as)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
nystatin 100,000 unit/ml susp; nystatin 500,000 unit oral tab ^{EC}	2	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ofloxacin 400 mg tablet ^{EC}	2	
oxacillin 1 gm add-vantage vl; oxacillin 2 gm add-vantage vl ^{EC}	4	
oxacillin 1 gm vial ^{IC,EC}	4	
oxacillin 10 gm vial ^{IC,EC}	5	
oxacillin 2 gm vial ^{EC}	5	
oxacillin 1 gm/ 50 ml inj ^{IC,EC}	4	
oxacillin 2 gm/ 50 ml inj ^{IC,EC}	5	
paromomycin 250 mg capsule ^{EC}	4	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PCE 333 MG, 500 MG PARTICLES IN TABLET ^{EC}	4	
PEGINTRON 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
pen g k 1 million unit/50 ml ^{EC}	3	
pen g k 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml ^{IC,EC}	3	
penicillin g k 5 million unit ^{IC,EC}	3	
penicillin gk 20 million unit ^{EC}	3	
pen g 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml; penicillin g 600,000 unit/1 ml ^{EC}	4	
penicillin g na 5 million unit ^{IC,EC}	3	
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln; penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	4	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection ^{EC}	3	
piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 2.25 gram, 40.5 gram ^{EC}	4	
piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial ^{IC,EC}	4	
polymyxin b sulfate vial ^{IC,EC}	3	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{ES}	5	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{ES}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 400 MG TABLET ^{ES}	5	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{ES}	4	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 800 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{EC}	4	
primaquine 26.3 mg tablet ^{EC}	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	2	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (144 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
pyrazinamide 500 mg tablet ^{EC}	4	
quinine sulfate 324 mg capsule ^{EC}	4	AP,LC (42 cada 7 d<Chr85>as)
REBETOL 40 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (1000 cada 30 d<Chr85>as)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	4	LC (60 cada 180 d<Chr85>as)
RESCRIPTOR 100 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
RESCRIPTOR 200 MG TABLET ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
REYATAZ 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
REYATAZ 300 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{ES}	4	
ribasphere 200 mg capsule; ribasphere 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (168 cada 28 d<Chr85>as)
ribavirin 200 mg capsule; ribavirin 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (168 cada 28 d<Chr85>as)
rifabutin 150 mg capsule ^{EC}	4	
RIFAMATE 300 MG-150 MG CAPSULE ^{EC}	4	
rifampin 150 mg, 300 mg capsule ^{EC}	3	
rifampin iv 600 mg vial ^{EC}	2	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET ^{EC}	4	
rimantadine hcl 100 mg tablet ^{EC}	3	
SELZENTRY 150 MG TABLET ^{ES}	5	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
SELZENTRY 300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SIRTURO 100 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (68 cada 28 d<Chr85>as)
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	LC (24 cada 28 d<Chr85>as)
SIVEXTRO 200 MG TABLET ^{EC}	5	LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
SOVALDI 400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
stavudine 1 mg/ml solution ^{EC}	3	LC (2400 cada 30 d<Chr85>as)
stavudine 15 mg, 20 mg capsule ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
stavudine 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
streptomycin sulf 1 gm vial ^{IC,EC}	3	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sulfadiazine 500 mg tablet ^{EC}	4	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp inj vial; sulfamethoxazole-tmp ss tablet ^{EC}	1	
sulfamethoxazole-tmp susp ^{EC}	3	
sulfasalazine 500 mg, 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg, 500 mg tab ^{EC}	2	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{ES}	4	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG 4-PACK ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
SYNAGIS 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	AP
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	5	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (112 cada 365 d<Chr85>as)
TAMIFLU 45 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (56 cada 365 d<Chr85>as)
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	LC (720 cada 365 d<Chr85>as)
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
terbinafine hcl 250 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)
tetracycline 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	3	
TIMENTIN 3.1 GM VIAL ^{IC,EC}	4	
TIMENTIN 31 GM BULK VIAL ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
tinidazole 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	
TIVICAY 10 MG TABLET ^{ES}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULES FOR INHALATION ^{ES}	5	AP,LC (224 cada 28 d<Chr85>as)
tobramycin 1.2 gm vial ^{EC}	5	
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial ^{IC,EC}	2	
TRECTOR 250 MG TABLET ^{EC}	4	
trimethoprim 100 mg tablet ^{EC}	2	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TYGACIL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	5	
TYZEKA 600 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	5	
valganciclovir 450 mg tablet; valganciclovir hcl 50 mg/ml ^{EC}	5	
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 10 gram, 500 mg vial; vancomycin hcl 10 gm vial ^{IC,EC}	3	
vancomycin hcl 125 mg, 250 mg capsule ^{EC}	5	
vancomycin hcl 5 gm vial; vancomycin hcl 5 gram, 750 mg vial ^{EC}	3	
vanco 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-0.9% nacl; vancomycin 1 g/200ml-0.9% nacl ^{EC}	4	
vancomycin 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml bag; vancomycin hcl 1g/200 ml bag; vancomycin-d5w 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml ^{EC}	4	
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{ES}	5	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{ES}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VIRAMUNE XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VIRAZOLE 6 GRAM SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	5	B o D
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{ES}	5	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
VITEKTA 150 MG, 85 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
voriconazole 200 mg vial ^{IC,EC}	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
voriconazole 40 mg/ml susp ^{EC}	5	AP,LC (400 cada 30 d<Chr85>as)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 100 mg capsule ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 300 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{EC}	3	LC (1680 cada 28 d<Chr85>as)
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ZYVOX 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION; ZYVOX 600 MG TABLET ^{EC}	5	
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
cetirizine hcl 1 mg/ml soln ^{EC}	2	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
clemastine 0.5 mg/5 ml syrup ^{EC}	3	
clemastine fum 2.68 mg tab ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup; cyproheptadine 4 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml</i> ^{EC}	3	
<i>diphenhydramine 50 mg/ml vial</i> ^{EC}	4	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet; promethazine 6.25 mg/5 ml syrpy</i> ^{EC}	3	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	5	AP
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{ES}	5	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{EC}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ALKERAN 2 MG TABLET ^{EC}	5	B o D
ALKERAN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
<i>anastrozole 1 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (400 cada 28 d<Chr85>as)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
<i>azacitidine 100 mg vial</i> ^{EC}	5	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
<i>bexarotene 75 mg capsule</i> ^{ES}	5	AP,LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
<i>bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial</i> ^{EC}	3	B o D
BOSULIF 100 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CAMPATH 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (12 cada 28 d<Chr85>as)
CAMPTOSAR 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CAMPTOSAR 300 MG/15 ML, 40 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
carboplatin 50 mg/5 ml vial ^{EC}	3	B o D
cisplatin 50 mg/50 ml vial ^{EC}	3	B o D
cladribine 10 mg/10 ml vial ^{EC}	5	
CLOLAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{ES}	5	AP,LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{ES}	5	AP,LC (112 cada 28 d<Chr85>as)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{ES}	5	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
COTELLIC 20 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (63 cada 28 d<Chr85>as)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial; cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	4	B o D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (200 cada 28 d<Chr85>as)
cytarabine 20 mg/ml vial ^{EC}	1	B o D
cytarabine 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml vial; cytarabine 100 mg/5 ml vial; cytarabine 2 g/20 ml vial ^{EC}	1	B o D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial ^{EC}	4	B o D
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (400 cada 30 d<Chr85>as)
daunorubicin 20 mg/4 ml vial ^{EC}	1	B o D
DAUNOXOME 50 MG (2 MG/ML) VIAL ^{EC}	4	B o D
decitabine 50 mg vial ^{EC}	5	AP
DEPOCYT (PF) 50 MG/5 ML (10 MG/ML) INTRATHECAL SUSPENSION ^{EC}	5	B o D
DOCEFREZ 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
DOCEFREZ 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
docetaxel 140 mg/7 ml vial; docetaxel 160 mg/16 ml vial; docetaxel 160 mg/8 ml vial; docetaxel 20 mg/2 ml vial; docetaxel 20 mg/ml vial; docetaxel 200 mg/20 ml vial; docetaxel 80 mg/4 ml vial; docetaxel 80 mg/8 ml vial ^{EC}	5	B o D
doxorubicin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial ^{EC}	4	B o D
doxorubicin liposome 20mg/10ml ^{EC}	4	B o D
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{EC}	4	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	AP
ELIGARD 22.5 MG (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	AP
ELIGARD 30 MG (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	AP
ELIGARD 45 MG (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	AP
ELLENC 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{EC}	4	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
epirubicin 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; epirubicin hcl 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial ^{EC}	4	B o D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
etoposide 100 mg/5 ml vial ^{EC}	3	B o D
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
exemestane 25 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
FARESTON 60 MG TABLET ^{ES}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (6 cada 21 d<Chr85>as)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	B o D,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FIRMAGON 2 X 120 MG VIALS ^{EC}	5	AP
FIRMAGON 80 MG VIAL ^{EC}	4	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	AP
<i>floxuridine 500 mg vial</i> ^{EC}	1	B o D
<i>fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	4	B o D
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml vial; fluorouracil 1,000 mg/20 ml vial; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vial; fluorouracil 5,000 mg/100 ml</i> ^{EC}	4	B o D
<i>flutamide 125 mg capsule</i> ^{EC}	4	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (120 cada 28 d<Chr85>as)
<i>gemcitabine 1 gram/26.3 ml vial; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vial; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vial; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) vial</i> ^{EC}	5	B o D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
GLEOSTINE 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	4	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
HERCEPTIN 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
HEXALEN 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	
HYCANTIN 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i> ^{EC}	2	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (21 cada 28 d<Chr85>as)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
IDAMYCIN PFS 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
<i>idarubicin hcl 20 mg/20 ml vial</i> ^{EC}	5	B o D
<i>ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/ 60 ml vial</i> ^{EC}	3	B o D
<i>ifosfamide-mesna kit</i> ^{EC}	3	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	4	AP,LC (4 cada 365 d<Chr85>as)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	5	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
INLYTA 1 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
INLYTA 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
IRESSA 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial; irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vl ^{EC}	4	B o D
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
KEYTRUDA 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY) CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
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 ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE; LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
letrozole 2.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{EC}	3	
leuprolide 1 mg/0.2 ml vial; leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{EC}	3	AP
lipodox 2 mg/ml intravenous suspension ^{EC}	5	B o D
lipodox 50 2 mg/ml intravenous suspension ^{EC}	5	B o D
lomustine 10 mg, 100 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (100 cada 30 d<Chr85>as)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (80 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	4	AP,LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	5	AP,LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	4	AP,LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	4	AP,LC (1 cada 112 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	5	AP,LC (1 cada 168 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	5	AP,LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	5	AP,LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
LYNPARZA 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (448 cada 28 d<Chr85>as)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{ES}	5	
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT ^{EC}	5	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	
megestrol 20 mg, 40 mg tablet; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml ^{EC}	3	
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
melphalan 50 mg vial w-diluent ^{EC}	1	B o D
mercaptopurine 50 mg tablet ^{EC}	3	
methotrexate 2.5 mg tablet ^{EC}	2	B o D
methotrexate 50 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial ^{EC}	4	B o D
mitoxantrone 25 mg/12.5 ml vl ^{EC}	3	
MUSTARGEN 10 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	4	B o D
NEXAVAR 200 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
NILANDRON 150 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>nilutamide 150 mg tablet</i> ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	5	AP,LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
NIPENT 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
OPDIVO 100 MG/10 ML, 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (80 cada 28 d<Chr85>as)
<i>oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	5	B o D
<i>paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial</i> ^{EC}	3	B o D
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (21 cada 28 d<Chr85>as)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (100 cada 21 d<Chr85>as)
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
PURINETHOL 50 MG TABLET ^{EC}	4	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{ES}	5	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
RHEUMATREX 2.5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS ^{EC}	5	AP
SOLTAMOX 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
SYLVANT 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (65 cada 30 d<Chr85>as)
SYLVANT 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (80 cada 30 d<Chr85>as)
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
TABLOID 40 MG TABLET ^{EC}	4	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	2	
TARCEVA 100 MG, 150 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TAXOTERE 20 MG/ML (1 ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (20 cada 21 d<Chr85>as)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (27 cada 30 d<Chr85>as)
<i>teniposide 50 mg/5 ml ampule</i> ^{EC}	4	B o D
<i>thiotepa 15 mg vial</i> ^{EC}	1	B o D
<i>toposar 20 mg/ml intravenous solution</i> ^{EC}	4	B o D
<i>topotecan hcl 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial</i> ^{EC}	5	B o D
TORISEL 30 MG/3 ML (10 MG/ML) (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
TREANDA 100 MG, 180 MG/2 ML, 25 MG, 45 MG/0.5 ML INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION; TREANDA 100 MG, 180 MG/2 ML, 25 MG, 45 MG/0.5 ML VIAL ^{EC}	5	AP
TRELSTAR 11.25 MG/2 ML, 22.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; TRELSTAR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
TRELSTAR 3.75 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	AP
TRELSTAR DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP
TRELSTAR LA 11.25 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i> ^{ES}	5	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
TRISENOX 10 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
TYKERB 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (40 cada 30 d<Chr85>as)
VALSTAR 40 MG/ML INTRAVESICAL SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (80 cada 28 d<Chr85>as)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	5	AP,LC (14 cada 21 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{ES}	4	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 28 d<Chr85>as)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{ES}	5	AP,LC (42 cada 28 d<Chr85>as)
<i>vinblastine 1 mg/ml vial</i> ^{EC}	3	B o D
<i>vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution</i> ^{EC}	1	B o D
<i>vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	3	B o D
<i>vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	4	B o D
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (40 cada 21 d<Chr85>as)
YERVOY 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (70 cada 21 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (40 cada 28 d<Chr85>as)
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
ZOLADEX 10.8 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT ^{EC}	4	AP,LC (1 cada 84 d<Chr85>as)
ZOLADEX 3.6 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT ^{EC}	4	AP,LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{EC}	4	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	4	
AMICAR 1,000 MG TABLET ^{ES}	5	
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{ES}	5	
AMICAR 500 MG TABLET ^{ES}	5	
aminocaproic acid 1,000 mg tab ^{ES}	4	
aminocaproic acid 25% solution ^{ES}	4	
aminocaproic acid 5 g/20 ml vial ^{EC}	4	
aminocaproic acid 500 mg tab ^{ES}	4	
anagrelide hcl 0.5 mg capsule ^{EC}	3	
anagrelide hcl 1 mg capsule ^{EC}	3	
argatroban 250 mg/2.5 ml vial ^{EC}	1	
bcg vaccine (tice strain) vial ^{EC}	4	
BEXSERO (PF) 50MCG-50MCG-50MCG-25MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CERVARIX VACCINE (PF) 20 MCG-20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
<i>cilostazol 100 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>cilostazol 50 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COMVAX VACCINE VIAL ^{EC}	4	
COUMADIN 1 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 10 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 2 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 3 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 5 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 6 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	3	AP
CYTOGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (1050 cada 30 d<Chr85>as)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	4	
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	4	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (21.6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	LC (22.8 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 40 GRAM/400 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 28 d<Chr85>as)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
heparin 40,000 units/4 ml vial ^{IC,EC}	3	
heparin sod 1,000 unit/ml vial ^{EC}	3	
heparin sod 20,000 unit/ml vial ^{IC,EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/ml syr ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
heparin sod 5,000 unit/ml vial ^{IC,EC}	3	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	1	
heparin-d5w 12,500 unit/250 ml ^{EC}	1	
heparin-d5w 25,000 unit/250 ml ^{EC}	1	
heparin-d5w 25,000 unit/500 ml ^{EC}	1	
heparin-ns 1,000 units/500 ml ^{EC}	1	
heparin-ns 2,000 unit/1,000 ml ^{IC,EC}	1	
heparin-1/2ns 12,500 units/250 ^{EC}	1	
heparin-1/2ns 25,000 units/250 ^{IC,EC}	1	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{IC,EC}	1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial ^{EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/ 0.5 ml ^{EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml ^{EC}	3	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	B o D
HYPERTET S/D (PF) 250 UNIT INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	B o D
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	3	B o D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{EC}	4	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	4	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
jantoven 1 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 10 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 2 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 3 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 4 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 5 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 6 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 7.5 mg tablet ^{EC}	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{ES}	5	AP
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF) 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	4	
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	4	
MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	4	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (9.6 cada 30 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR ^{ES}	5	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEUMEGA 5 MG VIAL ^{ES}	5	LC (42 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	4	
pentoxifylline er 400 mg tab ^{EC}	2	
PRADAXA 110 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	4	
<i>protamine 250 mg/25 ml vial</i> ^{EC}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	3	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
REOPRO 10 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	4	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION ^{EC}	4	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
tetanus toxoid adsorbed vial ^{EC}	4	B o D
diphtheria-tetanus toxoids-ped ^{EC}	4	
tetanus diphtheria toxoids ^{EC}	4	
THERACYS 81 MG INTRAVESICAL SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
ticlopidine 250 mg tablet ^{EC}	4	
TNKASE 50 MG INTRAVENOUS KIT ^{EC}	5	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml ^{EC}	3	AP
tranexamic acid 650 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 5 d<Chr85>as)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML VIAL ^{EC}	5	AP,LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{EC}	1	
WINRHO SDF 1,500 UNIT/1.3 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
WINRHO SDF 15,000 UNIT/13 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
WINRHO SDF 2,500 UNIT/2.2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
WINRHO SDF 5,000 UNIT/4.4 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (35 cada 60 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	3	LC (51 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	4	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS		
albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml solution; albuterol sul 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln ^{EC}	2	B o D
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab; albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	4	
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
ARCAPTA NEOHALER 75 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
atropine 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml abboject; atropine 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml syringe; atropine 0.4 mg/ml, 1 mg/ml vial ^{EC}	2	
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	4	
baclofen 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	2	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	
bethanechol 50 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	4	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
CAFERGOT 1 MG-100 MG TABLET ^{EC}	4	
CANTIL 25 MG TABLET ^{EC}	4	
carisoprodol 350 mg tablet ^{EC}	3	
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	4	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET ^{EC}	4	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK ^{EC}	4	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	4	
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	4	
dicyclomine 10 mg capsule; dicyclomine 20 mg tablet ^{EC}	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln ^{EC}	2	
dihydroergotamine 1 mg/ml am ^{EC}	4	
dobutamine 12.5 mg/ml vial ^{EC}	2	
dobutamine 1 gm-d5w 250 ml; dobutamine 250 mg-d5w 250 ml; dobutamine 500 mg-d5w 250 ml ^{EC}	2	
donepezil hcl 10 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dopamine 160 mg/ml vial; dopamine 40 mg/ml vial; dopamine 80 mg/ml vial ^{EC}	1	
dopamine 200 mg-d5w 250 ml; dopamine 400 mg-d5w 250 ml; dopamine 400 mg-d5w 500 ml; dopamine 800 mg-d5w 250 ml; dopamine 800 mg-d5w 500 ml ^{EC}	1	
epinephrine 0.1 mg/ml syringe; epinephrine 1 mg/ml ampul; epinephrine 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml), 1 mg/ml (1 ml) vial ^{EC}	1	
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	3	
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	3	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR ^{EC}	3	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FORADIL AEROLIZER 12 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine 4 mg/ml oral soln ^{EC}	4	LC (200 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml vial ^{EC}	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	3	
guanidine hcl 125 mg tablet ^{EC}	2	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
ipratropium br 0.02% soln ^{EC}	2	B o D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{EC}	2	B o D
ISUPREL 0.2 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	
LIORESAL 2,000 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION ^{EC}	5	B o D
LIORESAL 50 MCG/ML, 500 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION ^{EC}	4	B o D
MESTINON TIMESPAN 180 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	5	
metaproterenol 10 mg, 20 mg tablet; metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{EC}	4	
metaxalone 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	4	
methscopolamine brom 2.5 mg, 5 mg tab; methscopolamine brom 2.5 mg, 5 mg tb ^{EC}	4	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	
neostigmine 10 mg/10 ml vial; neostigmine 5 mg/10 ml vial ^{EC}	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	4	
norepinephrine 1 mg/ml vial ^{EC}	1	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
NORTHERA 300 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
orphenadrine er 100 mg tablet ^{EC}	3	
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	4	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
phentolamine 5 mg vial ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
phenylephrine 10 mg/ml vial ^{EC}	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	4	
propantheline 15 mg tablet ^{EC}	2	
pyridostigmine br 60 mg tablet ^{EC}	3	
pyridostigmine er 180 mg tab ^{EC}	4	
RAPAFLO 4 MG, 8 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
REGONOL 5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	
revonto 20 mg intravenous solution ^{EC}	3	
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	3	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{EC}	3	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	3	
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	3	LC (4 cada 30 d<Chr85>as)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
terbutaline sulf 1 mg/ml vial ^{EC}	5	
terbutaline sulfate 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	4	
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	2	
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{EC}	4	
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	LC (36 cada 30 d<Chr85>as)
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{EC}	4	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	4	
AMICAR 1,000 MG TABLET ^{ES}	5	
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{ES}	5	
AMICAR 500 MG TABLET ^{ES}	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
aminocaproic acid 1,000 mg tab ^{ES}	4	
aminocaproic acid 25% solution ^{ES}	4	
aminocaproic acid 5 g/20 ml vl ^{EC}	4	
aminocaproic acid 500 mg tab ^{ES}	4	
anagrelide hcl 0.5 mg capsule ^{EC}	3	
anagrelide hcl 1 mg capsule ^{EC}	3	
argatroban 250 mg/2.5 ml vial ^{EC}	1	
bcg vaccine (tice strain) vial ^{EC}	4	
BEXSERO (PF) 50MCG-50MCG-50MCG-25MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CERVARIX VACCINE (PF) 20 MCG-20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
cilostazol 100 mg tablet ^{EC}	2	
cilostazol 50 mg tablet ^{EC}	2	
clopidogrel 300 mg tablet ^{EC}	2	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
clopidogrel 75 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COMVAX VACCINE VIAL ^{EC}	4	
COUMADIN 1 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 10 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 2 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 3 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 5 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 6 MG TABLET ^{EC}	4	
COUMADIN 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	3	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CYTOGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (1050 cada 30 d<Chr85>as)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	4	
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{IC,EC}	4	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	4	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{IC,EC}	4	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr</i> ^{IC,EC}	5	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr</i> ^{IC,EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr</i> ^{IC,EC}	5	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr</i> ^{IC,EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (21.6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	LC (22.8 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	5	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 40 GRAM/400 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GAMUNEX-C 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 28 d<Chr85>as)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
heparin 40,000 units/4 ml vial ^{IC,EC}	3	
heparin sod 1,000 unit/ml vial ^{EC}	3	
heparin sod 20,000 unit/ml vl ^{IC,EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/ml syr ^{EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/ml vial ^{IC,EC}	3	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	1	
heparin-d5w 12,500 unit/250 ml ^{EC}	1	
heparin-d5w 25,000 unit/250 ml ^{EC}	1	
heparin-d5w 25,000 unit/500 ml ^{EC}	1	
heparin-ns 1,000 units/500 ml ^{EC}	1	
heparin-ns 2,000 unit/1,000 ml ^{IC,EC}	1	
heparin-1/2ns 12,500 units/250 ^{EC}	1	
heparin-1/2ns 25,000 units/250 ^{IC,EC}	1	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{IC,EC}	1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial ^{EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/ 0.5 ml ^{EC}	3	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml ^{EC}	3	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	B o D
HYPERTET S/D (PF) 250 UNIT INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	B o D
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	3	B o D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{EC}	4	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	4	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
jantoven 1 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 10 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 2 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 3 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 4 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 5 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 6 mg tablet ^{EC}	1	
jantoven 7.5 mg tablet ^{EC}	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{ES}	5	AP
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF) 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	4	
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	4	
MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	4	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (9.6 cada 30 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR ^{ES}	5	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEUMEGA 5 MG VIAL ^{ES}	5	LC (42 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	4	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i> ^{EC}	2	
PRADAXA 110 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	4	
<i>protamine 250 mg/25 ml vial</i> ^{EC}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	3	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	B o D
REOPRO 10 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	4	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION ^{EC}	4	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
<i>tetanus toxoid adsorbed vial</i> ^{EC}	4	B o D
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i> ^{EC}	4	
<i>tetanus diphtheria toxoids</i> ^{EC}	4	
THERACYS 81 MG INTRAVESICAL SUSPENSION ^{EC}	4	B o D
<i>ticlopidine 250 mg tablet</i> ^{EC}	4	
TNKASE 50 MG INTRAVENOUS KIT ^{EC}	5	
<i>tranexamic acid 1,000 mg/10 ml</i> ^{EC}	3	AP
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (30 cada 5 d<Chr85>as)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML VIAL ^{EC}	5	AP,LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{EC}	1	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{EC}	1	
WINRHO SDF 1,500 UNIT/1.3 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
WINRHO SDF 15,000 UNIT/13 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
WINRHO SDF 2,500 UNIT/2.2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
WINRHO SDF 5,000 UNIT/4.4 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	B o D
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (35 cada 60 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	3	LC (51 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	4	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ADALAT CC 30 MG, 60 MG, 90 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ADCIRCA 20 MG TABLET ^{ES}	5	AP, LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
adenosine 12 mg/4 ml syringe; adenosine 12 mg/4 ml vial ^{EC}	1	
afeditab cr 30 mg, 60 mg tablet, extended release ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AGGRENOX 25 MG-200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP
amiodarone 150 mg/3 ml syringe; amiodarone 900 mg/18 ml vial; amiodarone hcl 200 mg tablet ^{EC}	2	
amiodarone hcl 100 mg, 400 mg tablet ^{EC}	4	
amlodipine besylate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	1	
amlodipine-atorvast 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 ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlod-valsalt-hctz 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg; amlod-valsalt-hctz 10-160-12.5mg ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AMTURNIDE 150-5-12.5 MG, 300-10-12.5 MG, 300-10-25 MG, 300-5-12.5 MG, 300-5-25 MG TAB ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{EC}	4	
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{EC}	2	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AZOR 10 MG-20 MG TABLET; AZOR 10 MG-40 MG TABLET; AZOR 5 MG-20 MG TABLET; AZOR 5 MG-40 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab ^{EC}	2	
BENICAR 20 MG, 40 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET; BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET; BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab ^{EC}	2	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tab; bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tb ^{EC}	2	
BREVIBLOC 2,000 MG/100 ML, 2,500 MG/250 ML (10 MG/ML) (20 MG/ML) IN SODIUM CHLORIDE (ISO-OSM) IV; BREVIBLOC 2,000 MG/100 ML, 2,500 MG/250 ML (10 MG/ML) IN SODIUM CHLORIDE (ISO-OSM) IV ^{EC}	4	
BYSTOLIC 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BYSTOLIC 20 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tab; candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tb ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet ^{EC}	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	1	
cholestyramine packet; cholestyramine powder ^{EC}	3	
cholestyramine light 4 gram, 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	3	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet ^{EC}	2	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
clorpres 0.1 mg-15 mg tablet; clorpres 0.2 mg-15 mg tablet; clorpres 0.3 mg-15 mg tablet ^{EC}	4	
colestipol hcl granules; colestipol hcl granules packet; colestipol micronized 1 gm tab ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
COREG CR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CORLOPAM 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
CRESTOR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digitek 125 mcg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digitek 250 mcg tablet ^{EC}	2	
digox 125 mcg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digox 250 mcg tablet ^{EC}	2	
digoxin 0.05 mg/ml solution; digoxin 250 mcg tablet ^{EC}	2	
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digoxin 500 mcg/2 ml ampule ^{EC}	1	
DILATRATE-SR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet; diltiazem 125 mg/25 ml vial; diltiazem 12hr er 120 mg, 60 mg, 90 mg cap ^{EC}	2	
diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap; diltiazem er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg capsule; diltiazem hcl er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg cap ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 24hr er 300 mg cap; diltiazem hcl er 300 mg, 360 mg, 420 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem hcl 100 mg vial ^{EC}	4	
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	4	
disopyramide 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	2	
dofetilide 125 mcg capsule ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
dofetilide 250 mcg capsule ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
dofetilide 500 mcg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EDARBI 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EDARBYCLOR 40 MG-12.5 MG TABLET; EDARBYCLOR 40 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet ^{EC}	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml vial ^{EC}	2	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
eplerenone 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	4	
esmolol hcl 100 mg/10 ml vial ^{EC}	1	
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 160 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 130 mg, 43 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibric acid dr 135 mg, 45 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab ^{EC}	3	
fluvastatin er 80 mg tablet ^{EC}	4	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	1	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab ^{EC}	2	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	2	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet; hydralazine 20 mg/ml vial ^{EC}	2	
ibutilide fum 1 mg/10 ml vial ^{EC}	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, 300-12.5 mg tb ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
isosorbide dn 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
isosorbide dn er 40 mg tablet ^{EC}	3	
isosorbide mn 10 mg, 20 mg tablet; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tab; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	2	
isradipine 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	4	
KYNAMRO 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; labetalol hcl 100 mg/20 ml vl; labetalol hcl 20 mg/4 ml syr ^{EC}	2	
LANOXIN 125 MCG, 187.5 MCG, 62.5 MCG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LANOXIN 250 MCG TABLET; LANOXIN 250 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	
LANOXIN PEDIATRIC 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LEVATOL 20 MG TABLET ^{EC}	4	
lidocaine hcl 1% syringe; lidocaine hcl 2% syringe; lidocaine hcl 2% vial ^{EC}	2	
lidocaine 0.4% in d5w soln; lidocaine 0.8% in d5w soln ^{EC}	1	
LIPTRUZET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	1	
LIVALO 1 MG, 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	3	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab ^{EC}	3	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab ^{EC}	3	
metoprolol 1 mg/ml carpject; metoprolol tart 5 mg/5 ml vial; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tb ^{EC}	2	
mexiletine 150 mg, 200 mg, 250 mg capsule ^{EC}	4	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	2	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tab; moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tablet ^{EC}	2	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	3	
nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab ^{EC}	3	
NATRECOR 1.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
niacin er 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	4	
niacor 500 mg tablet ^{EC}	2	
nicardipine 20 mg, 30 mg capsule ^{EC}	3	
nicardipine 25 mg/10 ml ampule ^{EC}	2	
nifedical xl 30 mg, 60 mg tablet,extended release ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nifedipine er 30 mg, 30 mg, 60 mg, 60 mg, 90 mg, 90 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nimodipine 30 mg capsule ^{EC}	4	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl ^{EC}	3	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nitroglycerin 5 mg/ml vial ^{EC}	2	
nitroglycerin lingual 0.4 mg ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ntg 0.2 mg/ml in d5w; ntg 100 mg/250 ml in d5w; ntg 200 mg/500 ml in d5w; ntg 25 mg/250 ml in d5w; ntg 50 mg/500 ml in d5w ^{EC}	2	
NITROLINGUAL 400 MCG/SPRAY ^{EC}	4	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	3	
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	4	
pacerone 200 mg tablet ^{EC}	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	2	
pindolol 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	
PRALUENT PEN 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
PRALUENT SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 80 mg tab ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pravastatin sodium 40 mg tab ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	2	
prevalite 4 gram, 4 gram oral powder; prevalite 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	3	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml vial ^{EC}	1	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tablet ^{EC}	3	
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, 425 mg cap ^{EC}	4	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) vial; propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln ^{EC}	2	
propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	4	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab ^{EC}	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	2	
quinidine gluc 80 mg/ml vial ^{EC}	2	
quinidine gluc er 324 mg tab ^{EC}	4	
quinidine sulf er 300 mg tab; quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab ^{EC}	2	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	TP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
reserpine 0.1 mg, 0.25 mg tablet ^{EC}	2	
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sildenafil 20 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet; sotalol hcl 150 mg/10 ml vial ^{EC}	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet ^{EC}	2	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{EC}	2	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKAMLO 150 MG-10 MG TABLET; TEKAMLO 150 MG-5 MG TABLET; TEKAMLO 300 MG-10 MG TABLET; TEKAMLO 300 MG-5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKURNA 150 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET; TEKURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET; TEKURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET; TEKURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan 80 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	1	
TIAZAC 120 MG, 180 MG, 240 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TIAZAC 300 MG, 360 MG, 420 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
TOPROL XL 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet</i> ^{EC}	2	
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET; TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg cap pellet; verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg capsule; verapamil er pm 200 mg capsule</i> ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet</i> ^{EC}	1	
<i>verapamil 2.5 mg/ml ampul; verapamil 2.5 mg/ml syringe; verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET; WELCHOL 625 MG TABLET ^{EC}	3	
ZETIA 10 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ABILIFY 9.7 MG/1.3 ML VIAL ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ABILIFY DISCMELT 10 MG, 15 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{EC}	4	
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{EC}	3	LC (5010 cada 30 d<Chr85>as)
acetaminophen-cod #2 tablet; acetaminophen-cod #3 tablet; acetaminophen-cod #4 tablet ^{EC}	3	LC (390 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ALSUMA 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
amantadine 100 mg capsule; amantadine 100 mg tablet ^{EC}	4	
amantadine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	3	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab ^{EC}	1	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{ES}	5	LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
APTiom 200 MG, 400 MG, 800 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
APTiom 600 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole 1 mg/ml solution ^{EC}	4	LC (750 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole odt 10 mg, 15 mg tablet ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	5	LC (1.6 cada 28 d<Chr85>as)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	5	LC (2.4 cada 28 d<Chr85>as)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	5	LC (3.2 cada 28 d<Chr85>as)
armodafinil 150 mg, 200 mg, 250 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
armodafinil 50 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	3	
BANZEL 200 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	5	AP,LC (2760 cada 30 d<Chr85>as)
BANZEL 400 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
BELSOMRA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
benztropine 2 mg/2 ml ampule; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	2	
BRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet; bromocriptine 5 mg capsule ^{EC}	4	
BUPRENEX 0.3 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
buprenorphine 0.3 mg/ml syrn ^{EC}	4	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
buproban 150 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
bupropion hcl 75 mg tablet ^{EC}	3	
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet; bupropion hcl xl 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
butalbital compound with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
butalb-caff-acetaminoph-codein ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
butalbital-acetaminophn 50-325 ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
butalb-acetamin-caff 50-325-40; butalbit-acetaminophen-caff cp ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
butalbital-asa-caffeine cap ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
BUTISOL 30 MG, 50 MG TABLET; BUTISOL SODIUM 30 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	4	
butorphanol 1 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
butorphanol 10 mg/ml spray ^{EC}	3	LC (5 cada 28 d<Chr85>as)
butorphanol 2 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
caffeine cit 60 mg/3 ml oral; caffeine cit 60 mg/3 ml vial ^{EC}	1	
caffeine-sod benzoat 250 mg/ml ^{EC}	1	
capacet 50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	2	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
CAPITAL WITH CODEINE 120 MG-12 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	LC (5010 cada 30 d<Chr85>as)
carbamazepine 100 mg tab chew ^{EC}	2	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg cap; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 400 mg tablet ^{EC}	4	
carbamazepine 200 mg tablet ^{EC}	3	
CARBATROL 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
carbidopa-levo 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg odt ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab ^{EC}	3	
carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	2	
celecoxib 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet ^{EC}	3	B o D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet; chlorpromazine 25 mg/ml amp ^{EC}	3	
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{EC}	3	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	4	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg odt ^{EC}	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	3	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	4	
clozapine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
clozapine odt 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet ^{EC}	4	TP
codeine sulfate 15 mg, 30 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
DAYTRANA 10 MG/9 HR, 15 MG/9 HR, 20 MG/9 HR, 30 MG/9 HR DAILY PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DEPACon 500 MG/5 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	4	
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg cap; dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg cp ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
d-amphetamine er 10 mg capsule; dextroamphetamine 10 mg tab ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
d-amphetamine er 15 mg capsule ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
d-amphetamine er 5 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphetam 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamin 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 10 mg rectal gel syst; diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg rectal gel sys; diazepam 20 mg rectal gel syst ^{EC}	4	
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 5 mg/5 ml solution; diazepam 5 mg/ml oral conc ^{EC}	4	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{EC}	4	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
diclofenac pot 50 mg tablet ^{EC}	2	
diclofenac 1.5% topical soln ^{EC}	4	
diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg tab; diclofenac sod er 100 mg tab ^{EC}	2	
diflunisal 500 mg tablet ^{EC}	4	
dilantin 30 mg capsule ^{EC}	4	
dilantin extended 100 mg capsule ^{EC}	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab; divalproex sodium 125 mg cap ^{EC}	2	
divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	3	
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; doxepin 10 mg/ml oral conc ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>droperidol 2.5 mg/ml vial</i> ^{EC}	3	
<i>duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 60 mg cap</i> ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i> ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	LC (7200 cada 30 d<Chr85>as)
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
EMBEDA 100 MG-4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 20 MG-0.8 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 30 MG-1.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 50 MG-2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 60 MG-2.4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 80 MG-3.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	5	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
<i>entacapone 200 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
<i>epitol 200 mg tablet</i> ^{EC}	1	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (45 cada 30 d<Chr85>as)
<i>escitalopram 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i> ^{EC}	4	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
<i>eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>ethosuximide 250 mg capsule; ethosuximide 250 mg/5 ml soln</i> ^{EC}	4	
<i>etodolac 200 mg, 300 mg capsule; etodolac 400 mg, 500 mg tablet; etodolac er 400 mg, 500 mg, 600 mg tablet</i> ^{EC}	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2), 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
FAZACLO 100 MG, 12.5 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	4	TP
<i>felbamate 400 mg, 600 mg tablet</i> ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
felbamate 600 mg/5 ml susp ^{EC}	5	
fenopropfen 400 mg capsule; fenopropfen 600 mg tablet ^{EC}	4	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour patch; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch ^{EC}	4	LC (20 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl cit otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg; fentanyl citrate otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg ^{EC}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl 0.05 mg/ml ampul ^{EC}	4	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl 0.05 mg/ml syringe ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK ^{EC}	4	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
FLECTOR 1.3 % TRANSDERMAL 12 HOUR PATCH ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
flumazenil 0.1 mg/ml vial ^{EC}	2	
fluoxetine 20 mg/5 ml solution; fluoxetine hcl 10 mg tablet ^{EC}	2	
fluoxetine dr 90 mg capsule ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 20 mg tablet ^{EC}	3	
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml ^{EC}	4	
fluphenazine 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet; fluphenazine 2.5 mg/ml vial; fluphenazine 5 mg/ml conc ^{EC}	2	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix ^{EC}	3	
flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
fluvoxamine er 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml vial</i> ^{EC}	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	AP,LC (680 cada 28 d<Chr85>as)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FYCOMPA 2 MG (7)-4 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
<i>gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule</i> ^{EC}	2	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml soln; gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) soln; gabapentin 300 mg/6 ml soln</i> ^{EC}	3	
<i>gabapentin 600 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	2	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
<i>haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml vial; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp</i> ^{EC}	4	
<i>haloperidol lac 2 mg/ml conc; haloperidol lac 5 mg/ml vial</i> ^{EC}	2	
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HYCET 7.5 MG-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	3	LC (5520 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydrocodon-acetamin 7.5-325/15; hydrocodone-acetamin 10-325/15; hydrocodone-acetamin 5-163/7.5</i> ^{EC}	3	LC (5520 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydrocodon-acetaminoph 2.5-325; hydrocodon-acetaminoph 7.5-325; hydrocodon-acetaminophen 5-325; hydrocodon-acetaminophn 10-325</i> ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-167/5</i> ^{EC}	3	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 2.5-200 mg, 5-200 mg; hydrocodone-ibuprofen 2.5-200</i> ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i> ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml; hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml syringe; hydromorphone hcl 1 mg/ml amp</i> ^{EC}	4	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
<i>hydromorphone 2 mg/ml syringe; hydromorphone 2 mg/ml vial</i> ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
hydromorphone 3 mg suppos ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone 4 mg/ml syrin; hydromorphone hcl 4 mg/ml amp ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone 8 mg tablet ^{EC}	3	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone hcl 10 mg/ml vl ^{EC}	4	LC (144 cada 30 d<Chr85>as)
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln; hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	3	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	1	
oxycodone-ibuprofen 5-400 tab ^{EC}	3	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap ^{EC}	4	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	4	
INFUMORPH P/F 10 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
INFUMORPH P/F 25 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA 1.5 MG, 3 MG, 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	5	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	5	TP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	AP,LC (0.87 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	AP,LC (1.31 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	AP,LC (1.75 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	AP,LC (2.62 cada 90 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
IRENKA 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	2	
klofensaid ii 1.5 % topical drops ^{EC}	4	
LAMICTAL 2 MG DISPER TABLET ^{EC}	4	
LAMICTAL ODT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	4	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING ^{EC}	4	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT ^{EC}	4	
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT ^{EC}	4	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK ^{EC}	4	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK ^{EC}	4	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE ^{EC}	4	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL ^{EC}	4	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL ^{EC}	4	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (35) tablet; lamotrigine 25 mg tb start kit; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tablet ^{EC}	2	
lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg tablet; lamotrigine odt 100 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14) tablet; lamotrigine odt kit (blue); lamotrigine odt kit (green); lamotrigine odt kit (orange) ^{EC}	4	
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
LAZANDA 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	5	AP
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levetiracetam 100 mg/ml soln; levetiracetam er 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
levetiracetam 500 mg/5 ml soln; levetiracetam 500 mg/5 ml, 500 mg/5 ml (5 ml) vial ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 ^{EC}	2	
levorphanol 2 mg tablet ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap; lithium carbonate 300 mg tab; lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb ^{EC}	2	
lithium 8 meq/5 ml solution ^{EC}	2	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
lorazepam 2 mg tablet ^{EC}	2	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule ^{EC}	2	
LYRICA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
magnesium chl 200 mg/ml vial ^{EC}	2	
magnesium sulfate 50% syringe; magnesium sulfate 50% vial ^{EC}	2	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w ^{EC}	2	
magnesium sulf 4 g/50 ml bag; magnesium sulf 4% iv soln; magnesium sulf 4% iv soln ^{EC}	2	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	4	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{EC}	4	
meclofenamate 100 mg, 50 mg capsule ^{EC}	4	
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
meloxicam 7.5 mg/5 ml susp ^{EC}	3	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
memantine 5-10 mg titration pk ^{EC}	3	AP,LC (98 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{EC}	3	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 100 mg tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 50 mg tablet ^{EC}	3	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	3	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{EC}	3	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 10 mg/ml oral conc; methadone hcl 10 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	3	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
methadone hcl 10 mg tablet ^{EC}	3	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
methadone hcl 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
METHYLIN 10 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
METHYLIN 2.5 MG, 5 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 10 mg chew tab; methylphenidate er 10 mg tab ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{EC}	4	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 2.5 mg, 5 mg chew tab; methylphenidate 2.5 mg, 5 mg chew tb ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{EC}	4	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
methylphenidate cd 30 mg, 30 mg cap; methylphenidate la 30 mg, 30 mg cap ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate er 20 mg tab ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate la 20 mg, 40 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg odt ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	2	
modafinil 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 10 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 25 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 5 mg tablet ^{EC}	4	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 10 mg/ml carpject; morphine 10 mg/ml, 10 mg/ml isecure syr; morphine 10 mg/ml, 10 mg/ml syringe; morphine 10 mg/ml, 10 mg/ml vial; morphine sulfate 10 mg/ml, 10 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 15 mg/ml carpject; morphine sulfate 50 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 15 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 2 mg/ml carpject; morphine 2 mg/ml, 2 mg/ml isecure syr; morphine 2 mg/ml, 2 mg/ml syringe ^{EC}	3	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 4 mg/ml carpject; morphine 4 mg/ml isecure syr; morphine sulfate 4 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 5 mg/ml syringe; morphine 5 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 8 mg/ml isecure syr; morphine 8 mg/ml syringe; morphine 8 mg/ml, 8 mg/ml vial; morphine sulfate 8 mg/ml, 8 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg suppos; morphine sulf er 100 mg tablet; morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab ^{EC}	3	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{EC}	3	LC (2700 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{EC}	3	LC (1350 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf er 200 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulfate 100 mg/4 ml, 25 mg/ml, 250 mg/10 ml vial; morphine sulfate 25 mg/ml vl ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulfate er 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg cap; morphine sulfate er 120 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg cap ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulfate er 30 mg, 45 mg cap ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 0.5 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (7200 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 1 mg/ml, 30 mg/30 ml vial p-f; morphine sulfate 1 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 5 mg/ml vial ^{EC}	3	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 100 mg/5 ml soln ^{EC}	3	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	2	
nalbuphine 100 mg/10 ml vial ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
nalbuphine 200 mg/10 ml vial ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
NALFON 400 MG CAPSULE ^{EC}	4	
naloxone 0.4 mg/ml vial; naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml syringe; naloxone 2 mg/2 ml syringe ^{EC}	2	
naltrexone 50 mg tablet ^{EC}	2	
NAMENDA 2 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	3	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	3	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i> ^{EC}	3	
<i>naproxen 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab</i> ^{EC}	1	
<i>naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{EC}	4	
<i>nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	4	
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>nortriptyline 10 mg/5 ml sol</i> ^{EC}	3	
<i>nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap</i> ^{EC}	2	
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NUPLAZID 17 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 50 MG TABLET ^{EC}	3	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>olanzapine 10 mg vial; olanzapine 15 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>olanzapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>olanzapine odt 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>olanzapine odt 15 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ONFI 10 MG, 20 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	AP,LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
OPANA ER 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ORAP 1 MG, 2 MG TABLET ^{EC}	4	
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> ^{EC}	4	
<i>oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg tablet</i> ^{EC}	3	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
oxycodon 10 mg/0.5 ml oral syr; oxycodone hcl 100 mg/5 ml soln ^{EC}	4	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; oxycodone hcl 5 mg capsule ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{EC}	3	LC (5400 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone-acetaminophn 5-325/5 ^{EC}	3	LC (1830 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 ^{EC}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet ^{EC}	5	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
paliperidone er 6 mg tablet ^{EC}	5	TP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine er 12.5 mg, 37.5 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine er 25 mg tablet ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
PEGANONE 250 MG TABLET ^{EC}	4	
pentazocine-naloxone tablet ^{EC}	3	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	4	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab ^{EC}	3	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{EC}	3	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{EC}	3	LC (1500 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
phenobarbital 30 mg tablet ^{EC}	3	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp; phenytoin 50 mg tablet chew ^{EC}	2	
phenytoin 50 mg/ml syringe; phenytoin 50 mg/ml vial ^{EC}	2	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap ^{EC}	2	
pimozide 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	4	
piroxicam 10 mg, 20 mg capsule ^{EC}	3	
POTIGA 200 MG, 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	5	AP
POTIGA 50 MG TABLET ^{EC}	4	AP
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet ^{EC}	2	
PRIALT 100 MCG/ML, 25 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION ^{EC}	5	B o D
primidone 250 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
PRISTIQ 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
revia 50 mg tablet ^{EC}	4	
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
riluzole 50 mg tablet ^{ES}	4	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	5	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg odt ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.5 mg odt ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.5 mg tablet ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 1 mg/ml solution ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>rizatriptan 10 mg, 5 mg odt</i> ^{EC}	4	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
<i>rizatriptan 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	3	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
<i>ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>ropinirole hcl er 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg tablet</i> ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
<i>roweepra 500 mg tablet</i> ^{EC}	2	
ROXICET 5-325 ORAL SOLUTION ^{EC}	3	LC (1830 cada 30 d<Chr85>as)
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{ES}	5	AP
SABRIL 500 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
SAPHRIS (BLACK CHERRY) 10 MG, 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SAPHRIS (BLACK CHERRY) 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42), 25 MG, 50 MG TABLET; SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>selegiline hcl 5 mg capsule; selegiline hcl 5 mg tablet</i> ^{EC}	4	
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 300 MG, 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SEROQUEL XR 50 MG(3)-200 MG(1)-300 MG(11) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK ^{EC}	3	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> ^{EC}	2	
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>sertraline hcl 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	1	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SILENOR 3 MG, 6 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	TP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	TP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	TP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	TP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
STAVZOR DR 125 MG, 250 MG, 500 MG CAPSULE ^{EC}	4	
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
STRATTERA 100 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
sulindac 150 mg, 200 mg tablet ^{EC}	2	
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray ^{EC}	4	
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml cart; sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml inject; sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml refill; sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng; sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial ^{EC}	4	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
SURMONTIL 100 MG, 25 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	4	
TASMAR 100 MG TABLET ^{EC}	4	AP
TEGRETOL XR 100 MG, 200 MG, 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
temazepam 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{ES}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	3	
tiagabine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	4	
tolcapone 100 mg tablet ^{EC}	4	AP
tolmetin sodium 200 mg tab ^{EC}	3	
tolmetin sodium 400 mg cap; tolmetin sodium 600 mg tab ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap ^{EC}	2	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	2	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 ^{EC}	3	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{EC}	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg tablet ^{EC}	1	
trazodone 300 mg tablet ^{EC}	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet; trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx ^{EC}	2	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp ^{EC}	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ULTIVA 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
ULTIVA 2 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
ULTIVA 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
valproate sod 500 mg/5 ml vl ^{EC}	2	
valproic acid 250 mg capsule ^{EC}	2	
valproic acid 250 mg/5 ml soln; valproic acid 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) soln; valproic acid 500 mg/10 ml sol ^{EC}	2	
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	2	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 150 mg, 225 mg, 37.5 mg tab ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{EC}	2	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
venlafaxine hcl er 75 mg tab ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	TP,LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 10 MG (7)-20 MG (7)-40 MG (16), 20 MG, 40 MG TABLET; VIIBRYD 10-20-40 MG STARTER PK ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	AP,LC (1395 cada 30 d<Chr85>as)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG, 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET; VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION; VIMPAT 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	AP
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{EC}	5	AP
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{ES}	4	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
XENAZINE 12.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
XENAZINE 25 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
zaleplon 10 mg, 5 mg capsule ^{EC}	2	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)
zenzedi 10 mg tablet ^{EC}	4	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
ZENZEDI 15 MG TABLET ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ZENZEDI 2.5 MG, 20 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ZENZEDI 30 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zenzedi 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	2	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	4	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	5	AP,LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
DISPOSITIVOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 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" NEEDLE ^{EC}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 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" NEEDLE ^{EC}	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	1	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{EC}	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	1	
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	1	
AUTOPEN 2 TO 32 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EC}	1	
BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" ^{EC}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	1	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI 31 GAUGE X 3/16" ^{EC}	1	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIGINAL 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	1	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{EC}	1	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 0.3 ML 28, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	1	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML EC	1	
BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 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 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"; BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 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 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	1	
BD INTEGRA INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 0.3 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	1	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" EC	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 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", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
COMFORT EZ SYRINGE 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 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; COMFORT EZ SYRINGE 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 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 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" EC	1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 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 5/32" NEEDLE EC	1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" EC	1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE EC	1	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	1	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 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" NEEDLE EC	1	
HUMAPEN LUXURA HD SUBCUTANEOUS EC	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 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" EC	1	
EXEL INSULIN SYRN 27G-1/2 ML EC	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; PV INSULIN SYRINGE 0.5 ML; PV INSULIN SYRINGE 1 ML EC	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 0.3 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML EC	1	
INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"; BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; INSULIN 1 ML SYRINGE; INSULIN 1/2 ML SYRINGE; INSULIN 3/10 ML SYRINGE; INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML; RELI-ON INSULIN 0.3 ML SYR; RELI-ON INSULIN 1 ML SYR; RELION INS SYR 0.3 ML 29GX1/2"; RELION INS SYR 0.3 ML 30GX5/16; RELION INS SYR 1 ML 29GX1/2"; RELION INS SYR 1 ML 30GX5/16"; RELION INSULIN SYR 0.5 ML; RELION SYR 0.5 ML 30GX5/16"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" EC	1	
INSULIN SYRINGE U100 1 ML EC	1	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML EC	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE EC	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE EC	1	
NOVOFINE 30 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE EC	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE EC	1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS EC	1	
NOVOTWIST 30 GAUGE X 1/3", 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE; NOVOTWIST NEEDLE 30G 8MM EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
KROGER PEN NEEDLES 29G; PEN NEEDLE 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"; FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE; FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4"; LEADER PEN NEEDLES 12MM 29G; LEADER PEN NEEDLES 31G; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLES 6MM 31G EC	1	
PENTIPS 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" NEEDLE EC	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2"; PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	1	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" EC	1	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 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 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"; SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 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 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" EC	1	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" EC	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	1	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	1	
ULTICARE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 30 X 5/16" SYRINGE; ULTICARE 1/2 ML 29 X 1/2" SYRINGE EC	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" EC	1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	1	
ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	1	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
UNIFINE PENTIP NEEDLES; UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 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" NEEDLE EC	1	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2" EC	1	
VGO 20 DEVICE EC	4	
VGO 30 DEVICE EC	4	
VGO 40 DEVICE EC	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AGENTES DE DIAGNÓSTICO		
enlon 10 mg/ml injection solution ^{EC}	1	
BALANCE ELECTROLÍTICO, CALÓRICO Y DE AGUA		
acetic acid 0.25% irrig soln ^{EC}	2	
amiloride hcl 5 mg tablet ^{EC}	3	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab ^{EC}	2	
amino acids 15 % intravenous solution ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
ammonium chloride 5 meq/ml ^{EC}	1	
AMMONUL 10 %-10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
AURYXIA 210 MG IRON TABLET ^{ES}	4	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
bumetanide 0.25 mg/ml vial; bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	2	
BUPHENYL 500 MG TABLET ^{ES}	5	
calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet ^{EC}	4	
calcium chloride 10% syringe; calcium chloride 10% vial ^{EC}	1	
calcium gluconate 10% vial ^{EC}	1	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET ^{ES}	5	AP
chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	2	
chlorothiazide sod 500 mg vial ^{EC}	2	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	2	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 2.75 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
<i>clinisol sf 15 % intravenous solution</i> ^{EC}	4	B o D
<i>constulose 10 gram/15 ml oral solution</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 10%-water iv solution</i> ^{EC}	2	
<i>dextrose 20%-water iv soln</i> ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
dextrose 25%-water syringe ^{EC}	2	
dextrose 30%-water iv soln ^{EC}	2	
dextrose 40%-water iv soln ^{EC}	2	
dextrose 5%-water iv soln; dextrose 5%-water vial ^{EC}	2	
dextrose 5%-lr iv solution ^{EC}	2	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln ^{EC}	2	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln ^{EC}	2	
dextrose 50%-water syringe; dextrose 50%-water vial ^{EC}	2	
dextrose 70%-water iv soln ^{EC}	2	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
dextrose 5%-electrolyte 48 ^{EC}	2	
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	2	
ethacrynate sodium 50 mg vial ^{EC}	4	
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
furosemide 10 mg/ml syringe; furosemide 10 mg/ml, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) solution; furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln ^{EC}	1	
generlac 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	2	
glycine 1.5% irrigation ^{EC}	4	
GLYCINE UROLOGIC 1.5 % IRRIGATION SOLUTION ^{EC}	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	1	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb ^{EC}	1	
HYPERLYTE CR 25 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	4	B o D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
k-sol 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml oral liquid ^{EC}	1	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>kionex oral powder</i> ^{EC}	4	
KIONEX (WITH SORBITOL) 15 GRAM-19.3 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	3	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
<i>klor-con m10 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	2	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	2	
<i>klor-con m20 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	2	
<i>klor-con sprinkle 10 meq, 8 meq capsule,extended release</i> ^{EC}	2	
KRISTALOSE 10 GRAM, 20 GRAM ORAL PACKET ^{EC}	4	
<i>lactated ringers injection; lactated ringers irrigation</i> ^{EC}	2	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution</i> ^{EC}	2	
LITHOSTAT 250 MG TABLET ^{EC}	4	
<i>mannitol 10% iv solution</i> ^{EC}	2	
<i>mannitol 20% iv solution</i> ^{EC}	2	
<i>mannitol 25% vial</i> ^{EC}	2	
<i>mannitol 5% iv solution</i> ^{EC}	2	
<i>methyclothiazide 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
NEUT 4 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	4	B o D
OSMITROL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
OSMITROL 15 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
OSMITROL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
OSMITROL 5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	4	B o D
PHOSLYRA 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	3	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION ^{EC}	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION ^{EC}	1	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
potassium acet 100 meq/50 ml; potassium acet 2 meq/ml, 4 meq/ml vial ^{EC}	1	
d5%-1/2ns-kcl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl ^{EC}	2	
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml sol; potassium cl 10% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; potassium cl 20 meq/10 ml conc; potassium cl 20% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule ^{EC}	2	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln ^{EC}	2	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv solution; kcl 20 meq in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution ^{EC}	2	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer ^{EC}	2	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl ^{EC}	2	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl ^{EC}	2	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl ^{EC}	2	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% ^{EC}	2	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab ^{EC}	3	
potassium phosp 45 mmol/15 ml ^{EC}	1	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	1	B o D
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	1	B o D
probenecid 500 mg tablet ^{EC}	3	
probenecid-colchicine tabs ^{EC}	3	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
RENACIDIN 6.602 GRAM-3.268 GRAM/100 ML IRRIGATION SOLUTION; RENACIDIN IRRIGATION SOLN ^{EC}	4	
REVELA 0.8 GRAM, 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	3	
REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	3	LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
RESECTISOL 5 % URETHRAL SOLUTION ^{EC}	4	
ringer's iv solution; ringers irrigation solution ^{EC}	1	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET ^{ES}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
sodium acetate 2 meq/ml, 4 meq/ml vial; sodium acetate 40 meq/20 ml vl ^{EC}	1	
sod phenylacet-sod benzoate vl ^{EC}	5	
sodium bicarb 4.2% abbjct; sodium bicarb 7.5% abboject; sodium bicarb 8.4% abboject; sodium bicarb 8.4% vial ^{EC}	2	
sodium bicarb 4.2% vial ^{EC}	4	
sodium chloride 0.9% inhal vl; sodium chloride 10% vial; sodium chloride 3% vial ^{EC}	2	B o D
sodium chloride 0.9% irrig.; sodium chloride 100 meq/40 ml; sodium chloride 2.5 meq/ml, 4 meq/ml vl ^{EC}	2	
saline 0.45% soln-excel con; sodium chloride 0.45% soln ^{EC}	2	
sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% vial ^{EC}	2	
sodium chloride 3% iv soln ^{EC}	2	
sodium chloride 5% iv soln ^{EC}	2	
SODIUM EDECRIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	1	
sodium phenylbutyrate powder ^{ES}	5	
sodium phosphate 3mm/ml vial ^{EC}	1	
sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp ^{EC}	3	
sps 15 gm/60 ml suspension ^{EC}	3	
sps 30 gm/120 ml enema; sps 50 gm/200 ml enema ^{EC}	4	
sorbitol-mannitol irrig ^{EC}	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	3	
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA ^{EC}	4	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet; torsemide 20 mg/2 ml vial; torsemide 50 mg/5 ml vial ^{EC}	2	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb ^{EC}	1	
triamterene-hctz 50-25 mg cap ^{EC}	2	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
VOLUVEN 6 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
sterile water for irrigation ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ENZIMAS		
ADAGEN 250 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	5	
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (350 cada 30 d<Chr85>as)
ELITEK 1.5 MG, 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
FABRAZYME 35 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
MYOZYME 50 MG VIAL ^{EC}	5	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
STRENSIQ 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (38.4 cada 30 d<Chr85>as)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{ES}	5	
VPRIV 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
PREPARACIONES (EENT) PARA LOS OJOS, EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA		
acetazol hc 1 %-2 % ear drops ^{EC}	4	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet ^{EC}	2	
acetazolamide er 500 mg cap ^{EC}	4	
acetazolamide sod 500 mg vial ^{EC}	2	
acetic acid 2% ear solution ^{EC}	2	
acetic acid-aluminum drops ^{EC}	3	
ak-poly-bac eye ointment ^{EC}	2	
AKTEN (PF) 3.5 % EYE GEL ^{EC}	4	
ALOMIDE 0.1 % EYE DROPS ^{EC}	4	
ALPHAGAN P 0.1 %, 0.15 % EYE DROPS ^{EC}	3	
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
apraclonidine hcl 0.5% drops ^{EC}	4	
atropine 1% eye drops; atropine 1% eye ointment ^{EC}	2	
AZASITE 1 % EYE DROPS ^{EC}	3	
azelastine 0.1% (137 mcg) spry ^{EC}	3	LC (30 cada 25 d<Chr85>as)
azelastine 0.15% nasal spray ^{EC}	4	LC (30 cada 25 d<Chr85>as)
azelastine hcl 0.05% drops ^{EC}	3	
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i> ^{EC}	3	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i> ^{EC}	2	
<i>balanced salt intraocular solution</i> ^{EC}	1	
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS ^{EC}	4	
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION ^{EC}	4	
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i> ^{EC}	3	
BLEPH-10 10 % EYE DROPS ^{EC}	4	
BLEPHAMIDE 10 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
BLEPHAMIDE S.O.P. 10 %-0.2 % EYE OINTMENT ^{EC}	2	
<i>brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp</i> ^{EC}	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i> ^{EC}	2	
<i>chlorhexidine 0.12% rinse</i> ^{EC}	1	
CILOXAN 0.3 % EYE OINTMENT ^{EC}	4	
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i> ^{EC}	1	
COLY-MYCIN S 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{EC}	3	
CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION ^{EC}	4	
<i>cyclopentolate 1% eye drops; cyclopentolate hcl 2% drops</i> ^{EC}	2	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i> ^{EC}	2	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i> ^{EC}	2	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i> ^{EC}	2	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i> ^{EC}	2	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i> ^{EC}	3	
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	3	
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	3	
EMADINE 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	4	
<i>epinastine hcl 0.05% eye drops</i> ^{EC}	3	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i> ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
flunisolide 0.025% spray ^{EC}	3	LC (50 cada 30 d<Chr85>as)
fluorometholone 0.1% drops ^{EC}	3	
flurbiprofen 0.03% eye drop ^{EC}	2	
fluticasone prop 50 mcg spray ^{EC}	2	LC (16 cada 30 d<Chr85>as)
garamycin 0.3% eye drops ^{EC}	3	
gatifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	4	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment ^{EC}	2	
gentamicin 0.3% eye drops; gentamicin 0.3% eye ointment ^{EC}	2	
hydrocortison-acetic acid soln ^{EC}	4	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	3	
IOPIDINE 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	4	
ipratropium 0.03% spray ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ipratropium 0.06% spray ^{EC}	2	LC (45 cada 30 d<Chr85>as)
ISOPTO CARPINE 1 %, 2 %, 4 % EYE DROPS ^{EC}	4	
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution ^{EC}	2	
LACRISERT 5 MG EYE INSERTS ^{EC}	4	
latanoprost 0.005% eye drops ^{EC}	2	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
levobunolol 0.5% eye drops ^{EC}	2	
levofloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	2	
lidocaine 2% viscous soln; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 4% solution ^{EC}	2	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution ^{EC}	2	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	4	
metipranolol 0.3% eye drops ^{EC}	2	
MIOCHOL-E 1 % (10 MG/ML) INTRAOCULAR KIT ^{EC}	4	
MIOSTAT 0.01 % INTRAOCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
mometasone furoate 50 mcg spry ^{EC}	3	
naphazoline 0.1% eye drops ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY ^{EC}	3	
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment ^{EC}	2	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment ^{EC}	3	
neo-bacit-poly-hc eye ointment ^{EC}	3	
neomyc-bacit-polymix eye oint ^{EC}	2	
neomyc-polym-dexamet eye ointm; neomyc-polym-dexameth eye drop ^{EC}	2	
neomyc-polym-gramicid eye drop ^{EC}	2	
neomycin-poly-hc eye drops ^{EC}	4	
neomycin-polymyxin-hc ear soln; neomycin-polymyxin-hc ear susp ^{EC}	2	
neosporin (neo-polym-gramicid) 1.75mg-10,000 unit-0.025mg/ml eye drops ^{EC}	2	
ofloxacin 0.3% ear drops; ofloxacin 0.3% eye drops ^{EC}	2	
olopatadine 665 mcg nasal spry ^{EC}	4	
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY ^{EC}	3	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash ^{EC}	1	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	3	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
periogard 0.12 % mouthwash ^{EC}	1	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS ^{EC}	4	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops ^{EC}	3	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment ^{EC}	2	
polymyxin b-tmp eye drops ^{EC}	1	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT ^{EC}	4	
prednisolone ac 1% eye drop ^{EC}	4	
prednisolone sod 1% eye drop ^{EC}	3	
proparacaine 0.5% eye drops ^{EC}	1	
QNASL 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY ^{EC}	4	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
sulfacetamide 10% eye drops; sulfacetamide 10% eye ointment ^{EC}	2	
sulf-pred 10-0.23% eye drops ^{EC}	2	
timolol 0.25% eye drops; timolol 0.5% eye drops ^{EC}	2	
timolol 0.25% gel-solution; timolol 0.5% gel-solution ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>tobramycin 0.3% eye drops</i> ^{EC}	2	
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i> ^{EC}	4	
TOBREX 0.3 % EYE OINTMENT ^{EC}	4	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
<i>trifluridine 1% eye drops</i> ^{EC}	4	
<i>tropicamide 0.5% eye drops; tropicamide 1% eye drops</i> ^{EC}	1	
VERAMYST 27.5 MCG/ACTUATION NASAL SPRAY,SUSPENSION ^{EC}	4	
VEXOL 1% EYE DROPS ^{EC}	4	
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS ^{EC}	4	
ZETONNA 37 MCG/ACTUATION NASAL HFA INHALER ^{EC}	3	
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL ^{EC}	4	LC (5 cada 30 d<Chr85>as)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
<i>alosetron hcl 0.5 mg, 1 mg tablet</i> ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AMITIZA 24 MCG, 8 MCG CAPSULE ^{EC}	3	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i> ^{EC}	4	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CARAFATE 1 GRAM TABLET; CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
CHENODAL 250 MG TABLET ^{ES}	5	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	2	
<i>cimetidine 300 mg/5 ml soln</i> ^{EC}	2	
<i>compro 25 mg rectal suppository</i> ^{EC}	3	
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000-9,500-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000-114,000-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	
DEXILANT 30 MG, 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>dimenhydrinate 50 mg/ml vial</i> ^{EC}	1	
<i>diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5; diphenoxylate-atrop 2.5-0.025</i> ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
dronabinol 10 mg capsule ^{EC}	5	B o D,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
dronabinol 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	4	B o D,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{EC}	4	B o D,LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	B o D,LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	4	B o D,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	AP
EMEND 80 MG CAPSULE ^{EC}	4	B o D,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
esomeprazole mag dr 20 mg, 40 mg cap ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/4 ml vial ^{EC}	2	
famotidine 40 mg/5 ml susp ^{EC}	3	
famotidine 20 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
famotidine 20 mg piggyback ^{EC}	2	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution ^{EC}	2	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution ^{EC}	2	
gavilyte-n 420 gram oral solution ^{EC}	2	
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial; granisetron hcl 1 mg/ml vial ^{EC}	4	
granisetron hcl 1 mg tablet ^{EC}	3	B o D,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
granisetron hcl 1 mg/ml vial ^{EC}	4	
granisetron hcl 4 mg/4 ml vial ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
lansoprazole dr 15 mg capsule ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG CAPSULE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
loperamide 2 mg capsule ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LOTIRONEX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet ^{EC}	2	
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{EC}	4	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{EC}	4	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
metoclopramide 10 mg/2 ml syr; metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml soln ^{EC}	2	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet ^{EC}	3	
nizatidine 15 mg/ml solution; nizatidine 150 mg, 300 mg capsule ^{EC}	3	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	2	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	2	B o D,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron 4 mg/5 ml solution ^{EC}	4	B o D,LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron 40 mg/20 ml vial ^{EC}	2	
ondansetron hcl 24 mg tablet ^{EC}	2	B o D,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	2	B o D,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr; ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial ^{EC}	2	
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
pantoprazole sodium 40 mg vial ^{EC}	4	
paregoric liquid ^{EC}	4	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln ^{EC}	2	
peg-3350 with flavor packs 420 gram oral solution ^{EC}	2	
peg 3350-electrolyte solution ^{EC}	2	
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{EC}	4	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{EC}	4	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
polyethylene glycol 3350 powd ^{EC}	2	
prochlorperazine 25 mg supp ^{EC}	3	
prochlorperazine 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml vial; prochlorperazine 10 mg/2 ml vl ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
<i>prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	1	B o D
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
<i>ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet; ranitidine hcl 50 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	2	
<i>ranitidine 150 mg, 300 mg capsule</i> ^{EC}	3	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION; RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	LC (36 cada 28 d<Chr85>as)
RELISTOR 150 MG TABLET ^{ES}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	4	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	4	LC (4 cada 30 d<Chr85>as)
<i>sucralfate 1 gm tablet</i> ^{EC}	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	3	
TRANSDERM-SCOP 1.5 MG TRANSDERMAL PATCH (1 MG OVER 3 DAYS) ^{EC}	4	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
<i>trilyte with flavor packets 420 gram oral solution</i> ^{EC}	2	
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i> ^{EC}	4	
<i>ursodiol 250 mg, 500 mg tablet; ursodiol 300 mg capsule</i> ^{EC}	4	
VIBERZI 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZENPEP 10,000-34,000-55,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 15,000-51,000-82,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 20,000-68,000-109,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 25,000-85,000-136,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 3,000-10,000-16,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 40,000-136,000-218,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 5,000-17,000-27,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	
COMPUESTOS DE ORO		
RIDAURA 3 MG CAPSULE ^{EC}	5	
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
BAL IN OIL 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
<i>calcium disodium versenate 200 mg/ml injection solution</i> ^{EC}	1	
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{EC}	4	
CUPRIMINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	5	
<i>deferoxamine 2 gram, 500 mg vial</i> ^{EC}	3	
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
EXJADE 125 MG, 250 MG, 500 MG DISPERSIBLE TABLET ^{ES}	5	AP
SYPRINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	4	
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
a-hydrocort 100 mg solution for injection ^{IC,EC}	1	
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	3	
alogliptin 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
alogliptin-metformin 12.5-1000; alogliptin-metformin 12.5-500 ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
alogliptin-pioglit 12.5-15 mg, 12.5-30 mg, 12.5-45 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg; alogliptin-pioglit 12.5-15 mg, 12.5-30 mg, 12.5-45 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg tb ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ALORA 0.025 MG/24 HR, 0.05 MG/24 HR, 0.075 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	4	LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet ^{EC}	3	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{EC}	4	
amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
amethyst 90 mcg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
ANADROL-50 50 MG TABLET ^{EC}	5	
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	3	LC (37.5 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	3	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{EC}	3	
androxy 10 mg tablet ^{EC}	4	
APIDRA 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	4	
APIDRA SOLOSTAR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	4	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR 20 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	4	
ARISTOSPAN INTRALESIONAL 5 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{EC}	4	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AVANDIA 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AVANDIA 8 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
AYGESTIN 5 MG TABLET ^{EC}	4	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
betamethasone ac-sp 6 mg/ml vl ^{EC}	2	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	4	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
BREVICON (28) 0.5 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
budesonide ec 3 mg capsule ^{EC}	5	
BYDUREON 2 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION; BYDUREON 2 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	4	LC (2.6 cada 28 d<Chr85>as)
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	4	LC (2.4 cada 30 d<Chr85>as)
calcitonin-salmon 200 units sp ^{EC}	3	
camila 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
CAMRESE 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{EC}	4	
CAMRESE LO 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{EC}	4	
chateal 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
chorionic gonad 10,000 unit vl ^{EC}	4	AP
cortisone 25 mg tablet ^{EC}	3	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
CYCLESSA (28) 0.1 MG/0.125 MG/0.15 MG-25 MCG TABLET ^{EC}	4	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
CYTOMEL 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG TABLET ^{EC}	4	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	4	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack ^{EC}	4	
deblitane 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
DELESTROGEN 10 MG/ML, 20 MG/ML, 40 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{EC}	4	
delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{EC}	2	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	LC (0.65 cada 90 d<Chr85>as)
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr ^{EC}	3	
desmopressin 0.1 mg/ml sol; desmopressin ac 0.1 mg/ml (refrigerate), 4 mcg/ml vial; desmopressin acetate 0.1 mg, 0.2 mg tb ^{EC}	4	
desogestr-eth estrad eth estra ^{EC}	4	
DESOGEN 0.15 MG-0.03 MG TABLET ^{EC}	4	
desogestrel-ethinyl estrad tab ^{EC}	4	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet; dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx; dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq ^{EC}	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML DROPS (CONCENTRATE) ^{EC}	3	
dexamethasone 10 mg/ml vial ^{EC}	2	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml vial; dexamethasone 4 mg/ml syringe ^{EC}	2	
DEXPAK 10 DAY 1.5 MG (35 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	
DEXPAK 13 DAY 1.5 MG (51 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	
DEXPAK 6 DAY 1.5 MG (21 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	4	
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab ^{EC}	4	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EGRIFTA 1 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
EGRIFTA 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
ELLA 30 MG TABLET ^{EC}	3	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERTS ^{EC}	4	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	4	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
errin 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM ^{EC}	4	
estradiol 0.025 mg patch; estradiol 0.0375 mg patch; estradiol 0.05 mg patch; estradiol 0.075 mg patch; estradiol 0.1 mg patch ^{EC}	4	LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
estradiol 0.0375 mg/day patch; estradiol 0.05 mg/day patch; estradiol 0.06 mg/day patch; estradiol 0.075 mg/day patch; estradiol 0.1 mg/day patch; estradiol tds 0.025 mg/day ^{EC}	3	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	2	
estradiol valerate 20 mg/ml, 40 mg/ml vl ^{EC}	4	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg tb ^{EC}	3	
estradiol-noreth 1-0.5 mg tab ^{EC}	4	
ESTRING 2 MG VAGINAL ^{EC}	4	LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
estropipate 0.625(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 1.25(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 2.5(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab ^{EC}	3	
ESTROSTEP FE-28 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET ^{EC}	4	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FEMCON FE 0.4 MG-35 MCG (21)/75 MG (7) CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
FEMRING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR VAGINAL ^{EC}	4	LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{EC}	2	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	4	TP
FORTICAL 200 UNITS NASAL SPRAY ^{EC}	4	
GIANVI (28) 3 MG-20 MCG TABLET ^{EC}	4	
gildagia 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
gildess 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
gildess 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
gildess 24 fe 1-0.02 mg tablet ^{EC}	4	
gildess fe 1.5-30 tablet ^{EC}	4	
gildess fe 1-20 tablet ^{EC}	4	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg ^{EC}	2	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION ^{EC}	4	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN-RECOMB) 1 MG INJECTION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
GLUMETZA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
GLUMETZA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
GLYSET 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	4	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>heather 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	4	
HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE; HUMALOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
HUMALOG KWIKPEN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 50-50 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 75-25 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
HUMULIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN ^{EC}	3	
<i>hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	2	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
<i>introvale 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack</i> ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
jencycla 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JOLESSA 0.15 MG-30 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
JOLIVETTE 0.35 MG TABLET ^{EC}	4	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	4	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET; KAZANO 12.5 MG-500 MG TABLET ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
kimidess (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
KORLYM 300 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
kurvelo 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
levono-e estrad 0.10-0.02-0.01 ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
levono-e estrad 0.15-0.03-0.01 ^{EC}	4	
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	4	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
LEENA 28 0.5 MG/1 MG/0.5 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	4	
levonor-eth estrad triphasic ^{EC}	4	
levonorgestrel 0.75 mg, 1.5 mg tablet ^{EC}	4	
levonor-eth estra 0.09-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	4	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
levothyroxine 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; levothyroxine 100 mcg, 200 mcg, 500 mcg vial ^{EC}	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 ^{EC}	3	
liothyronine sod 10 mcg/ml vl ^{EC}	2	
liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab ^{EC}	3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
loestrin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
loestrin fe 1.5/30 (28-day) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
loestrin fe 1/20 (28-day) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	4	
lomedica 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	4	
loryna (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	3	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	4	
lutra (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
lyza 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
marlissa 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
MEDROL 2 MG TABLET ^{EC}	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{EC}	2	LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	4	
MENOSTAR 14 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	4	LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet ^{EC}	1	
metformin hcl er 1,000 mg tab ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	1	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	1	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methimazole 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	2	
METHITEST 10 MG TABLET ^{EC}	4	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg dosepk; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tab; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	2	B o D
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vial ^{IC,EC}	2	
methylprednisolone 125 mg, 40 mg vial ^{IC,EC}	4	
methylprednisolone ss 1 gm vial ^{EC}	4	
methyltestosterone 10 mg cap ^{EC}	5	
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	
MICROGESTIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET ^{EC}	4	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) TABLET ^{EC}	4	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{EC}	4	
MICROGESTIN FE 1/20 (28) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{EC}	4	
miglitol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	4	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet ^{EC}	4	
mircette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
MODICON (28) 0.5 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
mono-lynyah 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
MONONESSA (28) 0.25 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
myzilra 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{EC}	4	
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet ^{EC}	3	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
necon 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
NECON 1/50 (28) 1 MG-50 MCG TABLET ^{EC}	4	
necon 10/11 (28) 0.5 mg-35 mcg(10)/1 mg-35 mcg(11) tablet ^{EC}	4	
NECON 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
NESINA 12.5 MG, 25 MG, 6.25 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nikki (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
NOR-QD 0.35 MG TABLET ^{EC}	4	
NORA-BE 0.35 MG TABLET ^{EC}	4	
norethindrone 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
norethind-eth estrad 1-0.02 mg ^{EC}	4	
norethindrone 5 mg tablet ^{EC}	3	
noreth-estradiol 1-0.02(21)-75; noreth-estradiol 1-0.02(24)-75 ^{EC}	4	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estra 0.25-0.035 mg ^{EC}	4	
NORINYL 1+35 (28) 1 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
NORINYL 1+50-28 TABLET ^{EC}	4	
norlyroc 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
NOVOLIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	3	
NUVARING 0.12 MG -0.015 MG/24 HR VAGINAL ^{EC}	4	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos?
Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET ^{EC}	4	
octreotide 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 100 mcg/ml syr ^{ES}	5	AP
octreotide acet 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml vial; octreotide acet 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml vial; octreotide acet 50 mcg/ml syr; octreotide acet 500 mcg/ml syr ^{ES}	4	AP
ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet ^{EC}	4	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE; OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
ORTHO EVRA PATCH ^{EC}	4	LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
ORTHO MICRONOR 0.35 MG TABLET ^{EC}	4	
ORTHO-CEPT 28 DAY TABLET ^{EC}	4	
ORTHO-CYCLEN (28) 0.25 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
ORTHO-NOVUM 1/35 (28) 1 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
OSENI 12.5 MG-15 MG TABLET; OSENI 12.5 MG-30 MG TABLET; OSENI 12.5 MG-45 MG TABLET; OSENI 25 MG-15 MG TABLET; OSENI 25 MG-30 MG TABLET; OSENI 25 MG-45 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ovcon-35 (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
oxandrolone 10 mg tablet ^{EC}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
oxandrolone 2.5 mg tablet ^{EC}	3	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
PEDIAPRED 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	4	
philith 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
pimtreea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pioglitazone-glimepiride 30-2; pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pioglitazone-metformin 15-500; pioglitazone-metformin 15-850 ^{EC}	4	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
portia 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
prednisolone 15 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
prednisolone 15 mg/5 ml soln ^{EC}	2	
prednisolone 5 mg/5 ml soln; prednisolone sod ph 25 mg/5 ml ^{EC}	3	
prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tab dose pack; prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tablet; prednisone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	1	B o D
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	3	B o D
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET ^{EC}	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{EC}	3	
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET ^{EC}	4	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET ^{EC}	4	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
progesterone oil 50 mg/ml vl ^{EC}	3	
progesterone in oil 50 mg/ml intramuscular ^{EC}	3	
progesterone 100 mg, 200 mg capsule ^{EC}	3	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	4	
propylthiouracil 50 mg tablet ^{EC}	3	
PROVERA 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
quasense 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
raloxifene hcl 60 mg tablet ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	4	
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	4	
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR KIT; SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{EC}	5	AP
SEROSTIM 4 MG, 5 MG, 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
setlakin 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack ^{EC}	4	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
sharobel 0.35 mg tablet ^{EC}	4	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SOLU-MEDROL 1,000 MG, 2 GRAM, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	4	
SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML, 40 MG/ML SOLUTION FOR INJECTION IC,EC	4	
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ES	5	AP,LC (0.5 cada 28 d<Chr85>as)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ES	5	AP,LC (0.2 cada 28 d<Chr85>as)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ES	5	AP,LC (0.3 cada 28 d<Chr85>as)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ES	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ES	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet</i> EC	4	
<i>sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet</i> EC	4	
STIMATE 150 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY EC	4	
STRIANT 30 MG BUCCAL SYSTEM,SUSTAINED RELEASE EC	4	
<i>syeda 3 mg-0.03 mg tablet</i> EC	4	
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	4	LC (10.8 cada 30 d<Chr85>as)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	4	LC (10.5 cada 30 d<Chr85>as)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ES	5	
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
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 EC	3	
<i>tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet</i> EC	4	
<i>testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> EC	3	
<i>testosterone enan 200 mg/ml</i> EC	3	
TESTRED 10 MG CAPSULE EC	5	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET EC	2	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET EC	2	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET EC	2	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET EC	2	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET EC	2	
TILIA FE 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET EC	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
tolazamide 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	4	
tolbutamide 500 mg tablet ^{EC}	4	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	3	LC (27 cada 30 d<Chr85>as)
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{EC}	4	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	4	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{EC}	4	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{EC}	4	
TRI-NORINYL (28) 0.5 MG/1 MG/0.5 MG-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	4	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	4	
triamcinolone acet 40mg/ml vl; triamcinolone acet 50mg/5ml vl ^{EC}	4	
TRINESSA (28) 0.18 MG(7)/0.215 MG(7)/0.25 MG(7)-35 MCG TABLET ^{EC}	4	
TRINESSA LO 0.18 MG/0.215 MG/0.25 MG-25 MCG TABLET ^{EC}	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	4	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
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 ^{EC}	2	
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET ^{EC}	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{EC}	4	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	4	
vestura (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	2	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	3	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	4	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	4	
VIVELLE-DOT 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 TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	4	LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
WYMZYA FE 0.4 MG-35 MCG (21)/75 MG (7) CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{EC}	4	LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET ^{EC}	4	
YAZ (28) 3 MG-20 MCG TABLET ^{EC}	4	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	3	
zenchent (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
zenchent fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{EC}	4	
zeosa chewable tablet ^{EC}	4	
ZORBTIVE 8.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	4	
zovia 1/50e (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{EC}	4	
ANESTESIAS LOCALES (PARENTERALES)		
bupivacaine 0.25% vial ^{EC}	1	
bupivacaine 0.25% ampul; bupivacaine 0.5% ampul; bupivacaine 0.75% vial ^{EC}	1	
lidocaine 5% in d7.5w ampul ^{EC}	1	
lidocaine hcl 0.5% vial; lidocaine hcl 1% ampul; lidocaine hcl 1.5% ampul; lidocaine hcl 2% vial; lidocaine hcl 4% ampul ^{EC}	2	
lidocaine hcl 1% vial; lidocaine hcl 2% vial ^{EC}	2	
lidocaine 0.5%-epi 1:200,000; lidocaine 1%-epi 1:100,000; lidocaine 2%-epi 1:100,000 ^{EC}	2	
lidocaine 1.5%-epi 1:200,000; lidocaine 2%-epi 1:200,000 ^{EC}	2	
lidocaine 2% - epi 1:100,000 ^{EC}	2	
lidocaine 2% - epi 1:50,000 ^{EC}	1	
mepivacaine hcl 3% cartridge ^{EC}	1	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % injection solution ^{EC}	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) injection solution ^{EC}	1	
ropivacaine 0.2% 40 mg/20 ml; ropivacaine 0.5% 150 mg/30 ml; ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml; ropivacaine 1% 200 mg/20 ml vial ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS		
acetylcysteine 6 gram/30 ml vial ^{EC}	4	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	1	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab ^{EC}	1	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet ^{EC}	1	
ALOPRIM 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	
amifostine 500 mg vial ^{EC}	5	B o D
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	4	
ATGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{IC,EC}	3	AP
AUBAGIO 14 MG, 7 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVODART 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
AVONEX (WITH ALBUMIN) 30 MCG INTRAMUSCULAR KIT ^{ES}	5	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
AZASAN 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
azathioprine 50 mg tablet ^{EC}	2	B o D
azathioprine sod 100 mg vial ^{EC}	4	B o D
BENLYSTA 120 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (30 cada 28 d<Chr85>as)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT; BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ES}	5	AP,LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET ^{EC}	4	
CARNITOR (SUGAR-FREE) 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION; CELLCEPT 500 MG TABLET ^{EC}	5	B o D
CELLCEPT 250 MG CAPSULE ^{EC}	4	B o D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (100 cada 30 d<Chr85>as)
colchicine 0.6 mg tablet ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	3	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (12 cada 28 d<Chr85>as)
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule; cyclosporine 50 mg/ml ampul ^{EC}	4	B o D
cyclosporine 100 mg/ml soln; cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg ^{EC}	4	B o D
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER ^{ES}	5	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	4	
DEMSER 250 MG CAPSULE ^{EC}	5	
dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial ^{EC}	4	B o D
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	4	
dutasteride 0.5 mg capsule ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{EC}	4	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION; ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (4.08 cada 28 d<Chr85>as)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	5	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
etidronate disodium 200 mg, 400 mg tab ^{EC}	4	
EXONDYS 51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
finasteride 5 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
fluoritab 0.125 mg fluoride(0.275)/drop oral drops; fluoritab 0.5 mg fluoride (1.1 mg) chewable tablet ^{EC}	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
FLUORITAB 1 MG FLUORIDE (2.2 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial ^{EC}	1	
FUSILEV 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	AP
gengraf 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule; gengraf 100 mg/ml oral solution ^{EC}	4	B o D
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (0.4 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (2.4 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HIDR SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUB-Q KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{ES}	5	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
ibandronate 3 mg/3 ml syringe; ibandronate 3 mg/3 ml vial ^{EC}	4	AP,LC (3 cada 90 d<Chr85>as)
ibandronate sodium 150 mg tab ^{EC}	3	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
IMURAN 50 MG TABLET ^{EC}	4	B o D
JALYN 0.5 MG-0.4 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET; KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{ES}	5	AP
leflunomide 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab ^{EC}	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vial; leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vl ^{EC}	2	B o D
levocarnitine 200 mg/ml vial; levocarnitine 330 mg tablet ^{EC}	3	
levocarnitine 100 mg/ml soln ^{EC}	3	
levoleucovorin 250 mg/25 ml vl ^{EC}	5	AP
levoleucovorin 50 mg vial ^{EC}	4	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ludent fluoride 0.25 mg fluorid (0.55 mg), 0.5 mg fluoride (1.1 mg), 1 mg fluoride (2.2 mg) chewable tablet; ludent fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg) chewable tablet ^{EC}	1	
mesna 1 gram/10 ml vial ^{EC}	4	B o D
MESNEX 400 MG TABLET ^{ES}	4	
mycophenolate 200 mg/ml susp ^{EC}	4	B o D
mycophenolate 250 mg capsule; mycophenolate 500 mg tablet ^{EC}	3	B o D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb ^{EC}	4	B o D
MYFORTIC 180 MG, 360 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	4	B o D
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP, LC (200 cada 30 d<Chr85>as)
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE; ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{ES}	5	
pamidronate 30 mg/10 ml vial; pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial ^{EC}	3	
PROGRAF 0.5 MG, 1 MG, 5 MG CAPSULE; PROGRAF 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	4	B o D
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	4	
RAPAMUNE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG TABLET; RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	B o D
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP, LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{ES}	5	AP, LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ. ^{ES}	5	AP, LC (4.2 cada 28 d<Chr85>as)
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP, LC (4.2 cada 28 d<Chr85>as)
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
risedronate sod dr 35 mg tab ^{EC}	4	
risedronate sodium 150 mg tab ^{EC}	4	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
risedronate sodium 30 mg, 5 mg tab; risedronate sodium 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
risedronate sodium 35 mg tab ^{EC}	4	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	4	B o D
SENSIPAR 30 MG TABLET ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
SENSIPAR 60 MG TABLET ^{EC}	5	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	5	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (3 cada 30 d<Chr85>as)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	B o D
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	4	B o D
fluoride 0.25 mg tablet chew; fluoride 0.5 mg tablet chew; fluoride 1 mg tablet chewable; sodium fluoride 0.5 mg/ml drop ^{EC}	1	
sodium nitrite 300 mg/10 ml vl ^{EC}	1	
sodium thiosulfat 12.5 g/50 ml ^{EC}	1	
stannous fluor 0.63% rinse ^{EC}	2	
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule ^{EC}	3	B o D
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE; TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{ES}	5	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
THIOLA 100 MG TABLET ^{EC}	5	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	3	B o D
TYBOST 150 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ULORIC 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	3	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (1.7 cada 28 d<Chr85>as)
ZAVESCA 100 MG CAPSULE ^{ES}	5	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
zoledronic acid 4 mg vial ^{EC}	5	AP,LC (15 cada 21 d<Chr85>as)
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial ^{EC}	4	AP,LC (15 cada 21 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
zoledronic acid 4 mg/100 ml ^{EC}	4	AP,LC (300 cada 21 d<Chr85>as)
zoledronic acid 5 mg/100 ml; zoledronic acid 5 mg/100 ml ^{EC}	4	AP,LC (100 cada 365 d<Chr85>as)
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG TABLET ^{EC}	4	B o D,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET ^{EC}	4	B o D,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
OXITÓXICOS		
CERVIDIL 10 MG VAGINAL INSERT,CONTROLLED RELEASE ^{EC}	4	
HEMABATE 250 MCG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	4	
methergine 0.2 mg tablet ^{EC}	4	
methylergonovine 0.2 mg tablet ^{EC}	4	
methylergonovine 0.2 mg/ml amp ^{EC}	3	
PREPIDIL 0.5 MG/3 G VAGINAL GEL ^{EC}	4	
AYUDAS FARMACÉUTICAS		
BAND-AID GAUZE PADS 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
GAUZE PADS 2"X2" ^{EC}	1	
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
STERILE GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	1	
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial ^{EC}	2	B o D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	4	
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES), 110 MCG (7 DOSES), 220 MCG (120 DOSES), 220 MCG (14 DOSES), 220 MCG (30 DOSES), 220 MCG (60 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	3	
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp</i> ^{EC}	4	B o D
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> ^{EC}	5	
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i> ^{EC}	2	B o D
<i>cromolyn 4% eye drops</i> ^{EC}	2	
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	4	
<i>epoprostenol sodium 0.5 mg, 1.5 mg vI</i> ^{EC}	5	AP
ESBRIET 267 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	3	
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION, 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
KALYDECO 150 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KALYDECO 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{ES}	5	AP,LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>montelukast sod 10 mg tablet; montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew</i> ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>montelukast sod 4 mg granules</i> ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (112 cada 28 d<Chr85>as)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION ^{ES}	5	B o D,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
QVAR 40 MCG/ACTUATION, 80 MCG/ACTUATION METERED AEROSOL ORAL INHALER ^{EC}	3	
REMODULIN 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	5	AP
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	3	
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
VELETRI 0.5 MG, 1.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP
VENTAVIS 10 MCG/ML, 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{ES}	5	AP,LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	5	AP,LC (7.2 cada 28 d<Chr85>as)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AGENTES DE LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
8-MOP 10 MG CAPSULE ^{EC}	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg capsule ^{EC}	5	
acyclovir 5% ointment ^{EC}	4	AP
adapalene 0.1% cream; adapalene 0.1% gel ^{EC}	4	
AKNE-MYCIN 2% OINTMENT ^{EC}	4	
ALA-CORT 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	2	
alclometasone dipr 0.05% oint; alclometasone dipro 0.05% crm ^{EC}	3	
ALCOHOL PADS ^{EC}	1	
ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	1	
ALCOHOL PREP SWABS ^{EC}	1	
ALCOHOL 70% SWABS ^{EC}	1	
ALCOHOL WIPES ^{EC}	1	
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	4	
amcinonide 0.1% cream; amcinonide 0.1% lotion; amcinonide 0.1% ointment ^{EC}	4	
ammonium lactate 12% cream; ammonium lactate 12% lotion ^{EC}	2	
amnestem 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	
anusol-hc 2.5 % topical cream ^{EC}	4	
apexicon e 0.05 % topical cream ^{EC}	4	
AVC VAGINAL 15 % CREAM ^{EC}	2	
AZELEX 20 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
BD ALCOHOL SWABS ^{EC}	1	
betamethasone dp 0.05% crm; betamethasone dp 0.05% lot; betamethasone dp 0.05% oint ^{EC}	3	
betamethasone va 0.1% cream; betamethasone va 0.1% lotion; betamethasone valer 0.1% ointm ^{EC}	2	
betamethasone dp aug 0.05% crm; betamethasone dp aug 0.05% gel; betamethasone dp aug 0.05% lot; betamethasone dp aug 0.05% oin ^{EC}	3	
calcipotriene 0.005% cream ^{EC}	4	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
calcipotriene 0.005% ointment ^{EC}	4	
calcipotriene 0.005% solution ^{EC}	4	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
calcipotriene-betameth dp oint ^{EC}	5	
CAPEX 0.01 % SHAMPOO ^{EC}	4	
CENTANY 2 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	4	
CENTANY AT 2 % OINTMENT TOPICAL KIT ^{EC}	3	
ciclodan 0.77 % topical cream; ciclodan 8 % topical solution ^{EC}	3	
ciclopirox 0.77% cream; ciclopirox 8% solution ^{EC}	3	
ciclopirox 0.77% gel; ciclopirox 0.77% topical susp; ciclopirox 1% shampoo ^{EC}	4	
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY ^{EC}	4	
clindamycin 2% vaginal cream; clindamycin ph 1% gel; clindamycin ph 1% solution; clindamycin phos 1% pledget; clindamycin phosp 1% lotion ^{EC}	3	
clinda-benzoyl perox 1-5% pump; clindamycin-benzoyl perox 1-5% ^{EC}	4	
clinda-tretinoin 1.2%-0.025% ^{EC}	4	
CLINDESSE 2 % VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	
clobetasol 0.05% cream ^{EC}	4	
clobetasol 0.05% gel; clobetasol 0.05% ointment; clobetasol 0.05% solution ^{EC}	3	
clobetasol emollient 0.05% crm ^{EC}	3	
clocortolone pivalate 0.1% crm ^{EC}	4	
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	2	
clotrimazole-betamethasone crm; clotrimazole-betamethasone lot ^{EC}	3	
CNL 8 NAIL 8 % TOPICAL KIT ^{EC}	4	
colocort 100 mg/60 ml enema ^{EC}	4	
CONDYLOX 0.5 % TOPICAL GEL; CONDYLOX 0.5 % TOPICAL SOLUTION ^{EC}	4	
cormax 0.05 % scalp solution ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
CORTIFOAM 10 % (80 MG) RECTAL ^{EC}	4	
CORTISPORIN 1 % TOPICAL OINTMENT; CORTISPORIN 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.5 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX PEN (2 PENS) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{ES}	5	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
CURITY ALCOHOL SWABS ^{EC}	1	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
DESONATE 0.05 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
desonide 0.05% cream; desonide 0.05% lotion; desonide 0.05% ointment ^{EC}	4	
desoximetasone 0.05% cream; desoximetasone 0.05% gel; desoximetasone 0.05% ointment; desoximetasone 0.25% cream; desoximetasone 0.25% ointment ^{EC}	4	
diflorasone 0.05% cream; diflorasone 0.05% ointment ^{EC}	4	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	1	
econazole nitrate 1% cream ^{EC}	3	
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
EPIDUO 0.1 %-2.5 % TOPICAL GEL; EPIDUO 0.1 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP ^{EC}	4	
EPIDUO FORTE 0.3 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP ^{EC}	4	
ery pads 2 % topical swab ^{EC}	3	
erythromycin 2% gel ^{EC}	2	
erythromycin 2% pledgets; erythromycin 2% solution ^{EC}	3	
erythromycin-benzoyl gel ^{EC}	3	
EURAX 10 % LOTION; EURAX 10 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
EXELDERM 1 % TOPICAL CREAM; EXELDERM 1 % TOPICAL SOLUTION ^{EC}	4	
fluocinolone 0.01% body oil; fluocinolone 0.01% solution ^{EC}	4	
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.025% cream; fluocinolone 0.025% ointment ^{EC}	3	
fluocinolone 0.01% scalp oil ^{EC}	3	
fluocinonide 0.05% cream; fluocinonide 0.05% gel; fluocinonide 0.05% ointment ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
fluocinonide 0.05% solution ^{EC}	4	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream ^{EC}	3	
fluorouracil 0.5% cream; fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% cream; fluorouracil 5% top solution ^{EC}	4	
fluticasone prop 0.005% oint; fluticasone prop 0.05% cream ^{EC}	2	
gentamicin 0.1% cream; gentamicin 0.1% ointment ^{EC}	2	
gynazole-1 2 % vaginal cream ^{EC}	4	
halobetasol prop 0.05% cream; halobetasol prop 0.05% ointmnt ^{EC}	4	
HALOG 0.1 % TOPICAL CREAM; HALOG 0.1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	4	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	2	
hydrocortisone 100 mg/60 ml ^{EC}	3	
hydrocort buty 0.1% lipo cream ^{EC}	4	
hydrocortisone buty 0.1% cream; hydrocortisone butyr 0.1% oint; hydrocortisone butyr 0.1% soln ^{EC}	3	
hydrocortisone val 0.2% cream; hydrocortisone val 0.2% ointmt ^{EC}	4	
hydrocortisone 1% absorbbase ^{EC}	1	
imiquimod 5% cream packet ^{EC}	4	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
INCONTROL ALCOHOL PADS ^{EC}	1	
IV PREP WIPES MEDICATED ^{EC}	1	
KENALOG 0.147 MG/GRAM TOPICAL AEROSOL ^{EC}	4	
KEPIVANCE 6.25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	5	
ketoconazole 2% cream; ketoconazole 2% shampoo ^{EC}	2	
ketoconazole 2% foam ^{EC}	4	
ketodan 2% foam ^{EC}	4	
KLARON 10 % LOTION (SUSPENSION) ^{EC}	4	
LEVULAN 20 % TOPICAL SOLUTION ^{EC}	4	
lidocaine 5% ointment ^{EC}	4	
lidocaine 5% patch ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
lidocaine hcl 4% solution ^{EC}	2	
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	3	
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	4	
lindane 1% lotion; lindane 1% shampoo ^{EC}	4	
mafenide acetate 50 gm powd pk ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
malathion 0.5% lotion ^{EC}	4	
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
methoxsalen 10 mg softgel ^{EC}	5	
metronidazole 0.75% cream; metronidazole 0.75% lotion; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel ^{EC}	4	
metronidazole vaginal 0.75% gl ^{EC}	2	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository ^{EC}	3	
mometasone furoate 0.1% cream; mometasone furoate 0.1% oint; mometasone furoate 0.1% soln ^{EC}	2	
mupirocin 2% ointment ^{EC}	2	
mupirocin 2% cream ^{EC}	4	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	
naftifine hcl 1% cream; naftifine hcl 2% cream ^{EC}	3	
NAFTIN 1 %, 2 % TOPICAL CREAM; NAFTIN 1 %, 2 % TOPICAL GEL; NAFTIN 1% CREAM ^{EC}	3	
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp ^{EC}	3	
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	2	
nystatin 100,000 unit/gm cream; nystatin 100,000 unit/gm powd; nystatin 100,000 units/gm oint ^{EC}	2	
nystatin-triamcinolone cream; nystatin-triamcinolone ointm ^{EC}	4	
nystop 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	2	
oralone 0.1 % dental paste ^{EC}	1	
oxiconazole nitrate 1% cream ^{EC}	4	
OXISTAT 1 % LOTION; OXISTAT 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
OXSORALEN 1 % LOTION ^{EC}	4	
PANDEL 0.1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{ES}	5	
permethrin 5% cream ^{EC}	3	
PICATO 0.015 %, 0.05 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
podofilox 0.5% topical soln ^{EC}	4	
prednicarbate 0.1% cream; prednicarbate 0.1% ointment ^{EC}	3	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS ^{EC}	1	
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator ^{EC}	2	
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator ^{EC}	2	
PROCTOSOL HC 2.5 % TOPICAL CREAM PERINEAL APPLICATOR ^{EC}	2	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
psorcon 0.05 % topical cream ^{EC}	4	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
regranex 0.01 % topical gel ^{EC}	5	
RIMSO-50 50 % INTRAVESICAL SOLUTION ^{EC}	2	
santyl 250 unit/gram topical ointment ^{EC}	4	
selenium sulfide 2.5% lotion ^{EC}	2	
silver sulfadiazine 1% cream ^{EC}	2	
SORIATANE 10 MG, 17.5 MG, 25 MG CAPSULE ^{EC}	5	
SSD 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	2	
sulfacetamide sod 10% top susp ^{EC}	2	
SULFAMYLON 50 GRAM TOPICAL PACKET; SULFAMYLON 85 MG/G TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	1	
SYNERA 70 MG-70 MG PATCH ^{EC}	4	
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION ^{EC}	3	LC (420 cada 30 d<Chr85>as)
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{ES}	5	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL CREAM; TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	AP
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream; terconazole 80 mg suppository ^{EC}	2	
THERMAZENE 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	2	
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream ^{EC}	3	AP
triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.5% cream; triamcinolone 0.5% ointment ^{EC}	2	
triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.1% lotion; triamcinolone 0.1% paste ^{EC}	3	
triamcinolone 0.147 mg/g spray ^{EC}	4	
triderm 0.1 % topical cream ^{EC}	2	
u-cort 1% cream ^{EC}	2	
ULTILET ALCOHOL SWAB ^{EC}	1	
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	4	B o D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{ES}	5	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
VANDAZOLE 0.75 % VAGINAL GEL ^{EC}	3	
VELTIN 1.2 %-0.025 % TOPICAL GEL ^{EC}	4	
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	5	
WEBCOL TOPICAL PADS ^{EC}	1	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM ^{EC}	5	AP
ZYCLARA 2.5 %, 3.75 % TOPICAL CREAM PUMP ^{EC}	4	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM PACKET ^{EC}	4	
RELAJANTES DE LA MUSCULATURA LISA		
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml vl ^{EC}	2	
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{EC}	2	
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{EC}	3	
LUFYLLIN 200 MG TABLET ^{EC}	4	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
oxybutynin 5 mg tablet; oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{EC}	2	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
theophylline 80 mg/15 ml soln; theophylline 80 mg/15 ml soln ^{EC}	4	
theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg tab; theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg tablet; theophylline er 400 mg, 600 mg tablet ^{EC}	2	
theophylline 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 400 mg/500 ml, 800 mg/250 ml d5w ^{EC}	2	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap ^{EC}	2	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab ^{EC}	3	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
trospium chloride 20 mg tablet ^{EC}	4	
trospium chloride er 60 mg cap ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VESICARE 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
VITAMINAS		
bal-care dha 27 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule, delayed release ^{EC}	4	
c-nate dha 28 mg-1 mg-200 mg capsule ^{EC}	4	
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule; calcitriol 1 mcg/ml ampul ^{EC}	2	
calcitriol 1 mcg/ml solution ^{EC}	3	
CITRANATAL RX TABLET ^{EC}	4	
complete natal dha 29 mg-1 mg-250 mg oral pack ^{EC}	4	
completenate 29 mg-1 mg chewable tablet ^{EC}	4	
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE ^{EC}	4	
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE ^{EC}	4	
dexpanthenol 250 mg/ml vial ^{EC}	1	
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule ^{EC}	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml vial ^{EC}	3	
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule ^{EC}	4	
folivane-prx dha nf capsule ^{EC}	4	
GESTICARE DHA COMBO PACK ^{EC}	4	
HECTOROL 2 MCG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	3	
inatal advance tablet ^{EC}	4	
inatal ultra tablet ^{EC}	4	
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg, 1 mg chewable tablet ^{EC}	4	
multivitamin with fluoride 0.5 mg chewable tablet ^{EC}	4	
multivitamins with fluoride 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg chewable tablet ^{EC}	4	
MVC-FLUORIDE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON-1,000 MCG TABLET ^{EC}	4	
paire ob plus dha 22 mg-6 mg-1 mg-200 mg oral pack ^{EC}	4	
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg capsule; paricalcitol 10 mcg/2 ml vial; paricalcitol 2 mcg/ml, 2 mcg/ml, 5 mcg/ml, 5 mcg/ml vial ^{EC}	3	
paricalcitol 4 mcg capsule ^{EC}	4	
prn ob+dha 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg oral pack ^{EC}	4	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{EC}	4	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule, delayed release ^{EC}	4	
pr natal 430 29 mg-1 mg-430 mg oral pack ^{EC}	4	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule, delayed release ^{EC}	4	
prena1 true 30 mg iron-1.4 mg-300 mg oral pack ^{EC}	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE USOS
PRENATA 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	4	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET ^{EC}	4	
<i>prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet</i> ^{EC}	4	
PRENATE DHA 28 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE ^{EC}	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON-1 MG TABLET ^{EC}	4	
PRENATE ESSENTIAL 29 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE ^{EC}	4	
<i>preplus 27 mg iron-1 mg tablet</i> ^{EC}	4	
PREQUE 10 15 MG IRON-0.5 MG-25 MG TABLET ^{EC}	4	
<i>relnate dha 28 mg-1 mg-200 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>se-natal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet</i> ^{EC}	4	
<i>se-natal 19 (with docusate) 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>se-tan dha 30 mg-1 mg-310.1 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>taron-bc tablet</i> ^{EC}	4	
<i>taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>taron-prex prenatal-dha 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>thrivite-19 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>tri-vit with fluoride and iron 0.25 mg-10 mg/ml oral drops</i> ^{EC}	1	
<i>tri-vitamin with fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops</i> ^{EC}	1	
<i>triadvance 90 mg-1 mg-50 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>trinatal gt 90 mg-1 mg-50 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet</i> ^{EC}	4	
<i>triveen-duo dha 29 mg-1 mg-400 mg oral pack</i> ^{EC}	4	
<i>triveen-prx rnf 26 mg-1.2 mg-55 mg-300 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>ultimatecare one 27 mg-1 mg-330 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>ultimatecare one nf 27 mg-1 mg-50 mg-500 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>vena-bal dha 27 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule, delayed release</i> ^{EC}	4	
<i>virt-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule</i> ^{EC}	4	
<i>virt-care one capsule</i> ^{EC}	4	
<i>virt-nate dha 28 mg-1 mg-200 mg capsule</i> ^{EC}	4	
VITATRUE 30 MG IRON-1.4 MG-300 MG ORAL PACK ^{EC}	4	
<i>zatean-ch 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg capsule</i> ^{EC}	4	
ZEMPLAR 2 MCG/ML, 5 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 9.

TP - Tratamiento por Pasos • LC - Límite de Cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

Índice

A

a-hydrocort... 105	ADCIRCA... 53	alogliptin... 105
abacavir... 10	adefovir... 10	alogliptin-metformin... 105
abacavir-lamivudine... 10	ADEMPAS... 124	alogliptin-pioglitazone... 105
abacavir-lamivudine-zidovudine... 10	adenosine... 53	ALOMIDE... 97
ABELCET... 10	ADVAIR DISKUS... 124	ALOPRIM... 119
ABILIFY DISCMELT... 62	ADVAIR HFA... 124	ALORA... 105
ABILIFY MAINTENA... 62	ADVOCATE PEN NEEDLES... 83	alosetron... 101
ABILIFY... 62	ADVOCATE SYRINGES... 83	ALPHAGAN P... 97
ABRAXANE... 24	afeditab cr... 53	alprazolam... 62
acamprosate... 62	AFINITOR DISPERZ... 24	ALREX... 97
acarbose... 105	AFINITOR... 24	ALSUMA... 62
acebutolol... 52	AGGRENOLX... 53	ALTABAX... 126
acetaminophen-codeine... 62	ak-poly-bac... 97	altavera (28)... 105
acetazol hc... 97	AKNE-MYCIN... 126	ALVESCO... 124
acetazolamide sodium... 97	AKTEN (PF)... 97	alyacen 1/35 (28)... 105
acetazolamide... 97	ALA-CORT... 126	alyacen 7/7/7 (28)... 105
acetic acid... 91, 97	ALBENZA... 10	amabelz... 105
acetic acid-aluminum acetate... 97	albuterol sulfate... 41	amantadine hcl... 62
acetylcysteine... 119, 124	alclometasone... 126	AMBISOME... 10
acitretin... 126	ALCOHOL PADS... 126	amcinonide... 126
ACTHIB (PF)... 33, 44	ALCOHOL PREP PADS... 126	amethia lo... 105
ACTIMMUNE... 119	ALCOHOL PREP SWABS... 126	amethia... 105
acyclovir sodium... 10	ALCOHOL SWABS... 126	amethyst... 105
acyclovir... 10, 126	ALCOHOL WIPES... 126	AMICAR... 33, 44
ADACEL(TDAP	ALECENSA... 24	amifostine crystalline... 119
ADOLESN/ADULT)(PF)... 33, 44	alendronate... 119	amikacin... 10
ADAGEN... 97	alfuzosin... 41	amiloride... 91
ADALAT CC... 53	ALIMTA... 24	amiloride-hydrochlorothiazide... 91
adapalene... 126	ALINIA... 10	amino acids 15 %... 91
	ALKERAN... 24	aminocaproic acid... 33, 45
	allopurinol... 119	aminophylline... 132

AMINOSYN II 10 %... 91	ampicillin sodium... 10	ARZERRA... 24
AMINOSYN II 15 %... 91	ampicillin... 10	ashlyna... 105
AMINOSYN II 7 %... 91	ampicillin-sulbactam... 10	ASMANEX HFA... 124
AMINOSYN II 8.5 %... 91	AMPYRA... 119	ASMANEX TWISTHALER... 125
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 91	AMTURNIDE... 53	aspirin-dipyridamole... 53
AMINOSYN M 3.5 %... 91	ANADROL-50... 105	ASSURE ID INSULIN SAFETY... 83
AMINOSYN 10 %... 91	anagrelide... 33, 45	ATELVIA... 119
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 91	anastrozole... 24	atenolol... 53
AMINOSYN 8.5 %... 91	ANDROGEL... 105	atenolol-chlorthalidone... 53
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 91	androxy... 105	ATGAM... 119
AMINOSYN-HBC 7%... 91	ANORO ELLIPTA... 41	atorvastatin... 53
AMINOSYN-PF 10 %... 91	anusol-hc... 126	atovaquone... 11
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 91	apexicon e... 126	atovaquone-proguanil... 11
AMINOSYN-RF 5.2 %... 91	APIDRA SOLOSTAR... 105	ATRIPLA... 11
amiodarone... 53	APIDRA... 105	atropine... 41, 97
AMITIZA... 101	APOKYN... 62	ATROVENT HFA... 41
amitriptyline... 62	apraclonidine... 97	AUBAGIO... 119
amlodipine... 53	apri... 105	aubra... 105
amlodipine-atorvastatin... 53	APRISO... 101	AURYXIA... 91
amlodipine-benazepril... 53	APTIOM... 62	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 83
amlodipine-valsartan... 53	APTIVUS... 11	AUTOPEN 1 TO 16 UNITS... 83
amlodipine-valsartan-hcthiazid... 53	ARALAST NP... 124	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 83
ammonium chloride... 91	aranelle (28)... 105	AUTOPEN 2 TO 32 UNITS... 83
ammonium lactate... 126	ARCALYST... 119	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 83
AMMONUL... 91	ARCAPTA NEOHALER... 41	AVANDIA... 106
amnestem... 126	argatroban... 33, 45	AVASTIN... 24
amoxapine... 62	aripiprazole... 62	AVC VAGINAL... 126
amoxicillin... 10	ARISTADA... 63	AVELOX IN NA CL (ISO-OSMOTIC)... 11
amoxicillin-pot clavulanate... 10	ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR... 105	aviane... 106
amphotericin b... 10	ARISTOSPAN INTRALESIONAL... 105	AVODART... 119
	armodafinil... 63	AVONEX (WITH ALBUMIN)... 119
	ARRANON... 24	AVONEX... 119

AYGESTIN... 106	BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI... 83	BEPREVE... 98
azacitidine... 24	BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIG... 83	BESIVANCE... 98
AZASAN... 119	BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT... 83	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 98
AZASITE... 97	BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT... 83	betamethasone acet,sod phos... 106
azathioprine sodium... 119	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 84	betamethasone dipropionate... 127
azathioprine... 119	BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK... 84	betamethasone valerate... 127
azelastine... 97	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 84	betamethasone, augmented... 127
AZELEX... 126	BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II... 84	BETASERON... 119
AZILECT... 63	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 84	betaxolol... 98
azithromycin... 11	BD INSULIN SYRINGE... 83	bethanechol chloride... 41
AZOPT... 97	BD INTEGRA INSULIN SYRINGE... 84	BETHKIS... 11
AZOR... 53	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 84	bexarotene... 24
aztreonam... 11	BD LO-DOSE ULTRA-FINE... 84	BEXSERO (PF)... 33, 45
azurette (28)... 106	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 84	bicalutamide... 24
B	BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 84	BICILLIN C-R... 11
baciiim... 11	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES... 84	BICILLIN L-A... 11
bacitracin... 11, 98	bekyree (28)... 106	BICNU... 24
bacitracin-polymyxin b... 98	BELEODAQ... 24	BIDIL... 54
baclofen... 41	BELSOMRA... 63	BILTRICIDE... 11
BAL IN OIL... 104	benazepril... 53	BINOSTO... 119
bal-care dha... 133	benazepril-hydrochlorothiazide... 53	bisoprolol fumarate... 54
balanced salt... 98	BENDEKA... 24	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 54
balsalazide... 101	BENICAR HCT... 53	bleomycin... 24
balziva (28)... 106	BENICAR... 53	BLEPH-10... 98
BAND-AID GAUZE PADS... 124	BENLYSTA... 119	BLEPHAMIDE S.O.P.... 98
BANZEL... 63	benztropine... 63	BLEPHAMIDE... 98
BARACLUDE... 11		blisovi fe 1.5/30 (28)... 106
bcg vaccine, live (pf)... 33, 45		blisovi fe 1/20 (28)... 106
BD ALCOHOL SWABS... 127		blisovi 24 fe... 106
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 83		BOOSTRIX TDAP... 33, 34, 45
BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE... 83		BORDERED GAUZE... 124
BD ECLIPSE LUER-LOK... 83		BOSULIF... 24

BREO ELLIPTA... 125	BYSTOLIC... 54	CARAFATE... 101
BREVIBLOC IN NACL (ISO-OSM)... 54	C	CARBAGLU... 91
BREVICON (28)... 106	c-nate dha... 133	carbamazepine... 64
briellyn... 106	CABOMETYX... 25	CARBATROL... 64
BRILINTA... 34, 45	CAFERGOT... 42	carbidopa-levodopa... 64, 65
brimonidine... 98	caffeine citrated... 64	carboplatin... 25
BRINTELLIX... 63	caffeine-sodium benzoate... 64	CAREFINE PEN NEEDLE... 84
BRIVIACT... 63	calcipotriene... 127	carisoprodol... 42
bromocriptine... 63	calcipotriene-betamethasone... 127	CARNITOR (SUGAR-FREE)... 119
BROVANA... 42	calcitonin (salmon)... 106	carteolol... 98
BSS PLUS... 98	calcitriol... 133	cartia xt... 54
budesonide... 106, 125	calcium acetate... 91	carvedilol... 54
bumetanide... 91	calcium chloride... 91	CAYSTON... 11
BUPHENYL... 91	calcium disodium versenate... 104	caziant (28)... 106
bupivacaine (pf)... 118	calcium gluconate... 91	cefaclor... 11
bupivacaine... 118	camila... 106	cefadroxil... 11
BUPRENEX... 63	CAMPATH... 25	cefazolin in dextrose (iso-os)... 12
buprenorphine hcl... 63	CAMPTOSAR... 25	cefazolin... 11, 12
buproban... 63	CAMRESE LO... 106	cefdinir... 12
bupropion hcl (smoking deter)... 64	CAMRESE... 106	cefepime in dextrose 5 %... 12
bupropion hcl... 63, 64	CANASA... 101	cefepime in dextrose,iso-osm... 12
buspirone... 64	CANCIDAS... 11	cefepime... 12
BUSULFEX... 24	candesartan... 54	cefotaxime... 12
butalbital compound w/codeine... 64	candesartan-hydrochlorothiazid... 54	cefotetan in dextrose, iso-osm... 12
butalbital-acetaminop-caf-cod... 64	CANTIL... 42	cefotetan... 12
butalbital-acetaminophen... 64	capacet... 64	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 12
butalbital-acetaminophen-caff... 64	CAPASTAT... 11	cefoxitin... 12
butalbital-aspirin-caffeine... 64	CAPEX... 127	cefpodoxime... 12
BUTISOL... 64	CAPITAL WITH CODEINE... 64	cefprozil... 12
butorphanol tartrate... 64	CAPRELSA... 25	ceftazidime in d5w... 12
BYDUREON... 106	captopril... 54	ceftazidime... 12
BYETTA... 106	captopril-hydrochlorothiazide... 54	ceftibuten... 12
		ceftriaxone in dextrose,iso-os... 12

ceftriaxone... 12	chorionic gonadotropin, human... 106	CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE... 92
cefuroxime axetil... 12	ciclodan... 127	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 92
cefuroxime sodium... 12	ciclopirox... 127	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 92
celecoxib... 65	cidofovir... 12	CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE... 92
CELLCEPT INTRAVENOUS... 119	cilostazol... 34, 45	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 92
CELLCEPT... 119	CILOXAN... 98	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 92
CELONTIN... 65	cimetidine hcl... 101	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 92
CENTANY AT... 127	cimetidine... 101	CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE... 92
CENTANY... 127	CINRYZE... 120	CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE... 92
cephalexin... 12	CIPRODEX... 98	CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE... 92
CERDELGA... 120	ciprofloxacin (mixture)... 13	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 92
CEREZYME... 97	ciprofloxacin hcl... 13, 98	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 92
CERVARIX VACCINE (PF)... 34, 45	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 13	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 92
CERVIDIL... 124	ciprofloxacin lactate... 13	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 91
cetirizine... 23	cisplatin... 25	CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE... 92
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX... 42	citalopram... 65	clinisol sf 15 %... 92
CHANTIX STARTING MONTH BOX... 42	CITRANATAL RX (NEW FORMULA)... 133	clobetasol... 127
CHANTIX... 42	cladribine... 25	clobetasol-emollient... 127
chateal... 106	claravis... 127	clocortolone pivalate... 127
CHEMET... 104	clarithromycin... 13	CLOLAR... 25
CHENODAL... 101	clemastine... 23	clomipramine... 65
chloramphenicol sod succinate... 12	CLEOCIN... 127	
chlorhexidine gluconate... 98	CLICKFINE... 84	
chloroquine phosphate... 12	clindamycin hcl... 13	
chlorothiazide sodium... 91	clindamycin in 5 % dextrose... 13	
chlorothiazide... 91	clindamycin palmitate hcl... 13	
chlorpromazine... 65	clindamycin pediatric... 13	
chlorthalidone... 91	clindamycin phosphate... 13, 127	
CHOLBAM... 101	clindamycin-benzoyl peroxide... 127	
cholestyramine (with sugar)... 54	clindamycin-tretinoin... 127	
cholestyramine light... 54	CLINDESSE... 127	

clonazepam... 65	COREG CR... 55	CYCLOSET... 65
clonidine hcl... 54	CORLANOR... 55	cyclosporine modified... 120
clonidine... 54	CORLOPAM... 55	cyclosporine... 120
clopidogrel... 34, 45	cormax... 127	CYKLOKAPRON... 34, 45
clorazepate dipotassium... 65	CORTIFOAM... 128	cyproheptadine... 24
clorpres... 54	cortisone... 106	CYRAMZA... 25
clotrimazole... 127	CORTISPORIN... 128	cyred... 106
clotrimazole-betamethasone... 127	CORTISPORIN-TC... 98	CYSTADANE... 120
clozapine... 65	COSENTYX (2 SYRINGES)... 128	CYSTAGON... 120
CNL 8 NAIL... 127	COSENTYX PEN (2 PENS)... 128	CYSTARAN... 98
COARTEM... 13	COSENTYX PEN... 128	cytarabine (pf)... 25
codeine sulfate... 65	COSENTYX... 128	cytarabine... 25
colchicine... 120	COSMEGEN... 25	CYTOGAM... 34, 46
COLCRYS... 120	COTELLIC... 25	CYTOMEL... 106
colestipol... 54	COUMADIN... 34, 45	D
colistin (colistimethate na)... 13	CREON... 101	dacarbazine... 25
colocort... 127	CRESEMBA... 13	DAKLINZA... 13
COLY-MYCIN S... 98	CRESTOR... 55	DALIRESP... 125
COMBIGAN... 98	CRIXIVAN... 13	danazol... 106
COMBIVENT RESPIMAT... 42	cromolyn... 125	dantrolene... 42
COMETRIQ... 25	cryselle (28)... 106	dapsone... 13
COMFORT EZ PEN NEEDLES... 84	CUBICIN RF... 13	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 34, 46
COMFORT EZ SYRINGE... 85	CUBICIN... 13	daptomycin... 13
COMPLERA... 13	CUPRIMINE... 104	DARAPRIM... 13
complete natal dha... 133	CURITY ALCOHOL SWABS... 128	DARZALEX... 25
completenate... 133	CURITY GAUZE... 124	dasetta 1/35 (28)... 107
compro... 101	cyclafem 1/35 (28)... 106	dasetta 7/7/7 (28)... 107
COMVAX (PF)... 34, 45	cyclafem 7/7/7 (28)... 106	daunorubicin... 25
CONCEPT DHA... 133	CYCLESSA (28)... 106	DAUNOXOME... 25
CONCEPT OB... 133	cyclobenzaprine... 42	daysee... 107
CONDYLOX... 127	cyclopentolate... 98	DAYTRANA... 65
constulose... 92	cyclophosphamide... 25	deblitane... 107
COPAXONE... 120	cycloserine... 13	

decitabine... 25	dexpanthenol... 133	DILANTIN INFATABS... 66
deferoxamine... 104	dexrazoxane hcl... 120	dilantin... 66
DELESTROGEN... 107	dextroamphetamine... 65, 66	DILANTIN-125... 66
delyla (28)... 107	dextroamphetamine-amphetamine... 66	DILATRATE-SR... 55
demeclocycline... 13	dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 92	dilt-xr... 55
DEMSE... 120	dextrose 10 % in water (d10w)... 92	diltiazem hcl... 55
DENAVIR... 128	dextrose 20 % in water (d20w)... 92	dimenhydrinate... 101
DEPAON... 65	dextrose 25 % in water (d25w)... 93	diphenhydramine hcl... 24
DEPEN TITRATABS... 104	dextrose 30 % in water (d30w)... 93	diphenoxylate-atropine... 101
DEPO-ESTRADIOL... 107	dextrose 40 % in water (d40w)... 93	dipyridamole... 55
DEPO-PROVERA... 107	dextrose 5 % in water (d5w)... 93	disopyramide phosphate... 55
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 107	dextrose 5 %-lactated ringers... 93	disulfiram... 120
DEPOCYT (PF)... 25	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 93	DIURIL... 93
DERMACEA... 124	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 93	divalproex... 66
DESCOVY... 13	dextrose 50 % in water (d50w)... 93	dobutamine in d5w... 42
desipramine... 65	dextrose 70 % in water (d70w)... 93	dobutamine... 42
desmopressin... 107	diazepam intensol... 66	DOCEFREZ... 25, 26
desog-e.estradiol/e.estradiol... 107	diazepam... 66	docetaxel... 26
DESOGEN... 107	diclofenac potassium... 66	dofetilide... 55
desogestrel-ethinyl estradiol... 107	diclofenac sodium... 66, 98	donepezil... 42
DESONATE... 128	dicloxacillin... 14	dopamine in 5 % dextrose... 42
desonide... 128	dicyclomine... 42	dopamine... 42
desoximetasone... 128	didanosine... 14	DORIBAX... 14
DEXAMETHASONE INTENSOL... 107	DIFICID... 14	dorzolamide... 98
dexamethasone sodium phos (pf)... 107	diflorasone... 128	dorzolamide-timolol... 98
dexamethasone sodium phosphate... 98, 107	diflunisal... 66	doxazosin... 55
dexamethasone... 107	digitek... 55	doxepin... 66
DEXILANT... 101	digox... 55	doxercalciferol... 133
dexmethylphenidate... 65	digoxin... 55	doxorubicin... 26
DEPAK 10 DAY... 107	dihydroergotamine... 42	doxorubicin, peg-liposomal... 26
DEPAK 13 DAY... 107	dilantin extended... 66	doxy-100... 14
DEPAK 6 DAY... 107		doxycycline hyclate... 14, 98
		doxycycline monohydrate... 14

dronabinol... 102
 droperidol... 67
 DROPLET PEN NEEDLE... 85
 drospirenone-ethinyl estradiol... 107
 DROXIA... 26
 DUAVEE... 107
 DULERA... 125
 duloxetine... 67
 DURAMORPH (PF)... 67
 DUREZOL... 98
 dutasteride... 120
 dutasteride-tamsulosin... 120
 DYMISTA... 98
 d10 %-0.45 % sodium chloride... 92
 d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 92
 d5 % and 0.9 % sodium chloride... 92
 d5 %-0.45 % sodium chloride... 92

E

E.E.S. 400... 14
 EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 85
 EASY COMFORT PEN NEEDLES... 85
 EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 128
 EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 85
 EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 85
 EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 85
 EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 85
 EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 86
 EASY TOUCH UNI-SLIP... 86

EASY TOUCH... 85
 econazole... 128
 EDARBI... 56
 EDARBYCLOR... 56
 EDURANT... 14
 EFFIENT... 34, 46
 EGRIFTA... 107
 electrolyte-48 in d5w... 93
 ELELYSO... 97
 ELIDEL... 128
 ELIGARD (3 MONTH)... 26
 ELIGARD (4 MONTH)... 26
 ELIGARD (6 MONTH)... 26
 ELIGARD... 26
 elinest... 107
 ELIQUIS... 34, 46
 ELITEK... 97
 ELIXOPHYLLIN... 132
 ELLA... 107
 ELLENCE... 26
 ELMIRON... 120
 EMADINE... 98
 EMBEDA... 67
 EMCYT... 26
 EMEND... 102
 emoquette... 107
 EMLICITI... 26
 EMSAM... 67
 EMTRIVA... 14
 enalapril maleate... 56
 enalapril-hydrochlorothiazide... 56
 enalaprilat... 56
 ENBREL SURECLICK... 120

ENBREL... 120
 endocet... 67
 ENDOMETRIN... 107
 ENGERIX-B (PF)... 34, 46
 ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 34, 35, 46
 enlon... 91
 enoxaparin... 35, 46
 enpresse... 107
 enskyce... 107
 entacapone... 67
 entecavir... 14
 ENTRESTO... 56
 enulose... 93
 EPIDUO FORTE... 128
 EPIDUO... 128
 epinastine... 98
 epinephrine... 42
 EPIPEN JR 2-PAK... 42
 EPIPEN 2-PAK... 42
 EPIPEN... 42
 epirubicin... 26
 epitol... 67
 EPIVIR HBV... 14
 eplerenone... 56
 EPOGEN... 35, 46, 47
 epoprostenol (glycine)... 125
 EPZICOM... 14
 EQUETRO... 67
 ERAXIS(WATER DILUENT)... 14
 ERBITUX... 26
 ERGOMAR... 42
 ERIVEDGE... 26

errin... 108	EXEL INSULIN... 86	FIRAZYR... 120
ERWINAZE... 26	EXELDERM... 128	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 26, 27
ery pads... 128	EXELON... 43	FIRMAGON... 26
ERY-TAB... 14	exemestane... 26	flavoxate... 132
ERYTHROCIN (AS STEARATE)... 14	EXJADE... 105	flecainide... 56
ERYTHROCIN... 14	EXONDYS 51... 120	FLECTOR... 68
erythromycin ethylsuccinate... 15	F	FLOVENT DISKUS... 125
erythromycin with ethanol... 128	FABRAZYME... 97	FLOVENT HFA... 125
erythromycin... 14, 98	falmina (28)... 108	floxuridine... 27
erythromycin-benzoyl peroxide... 128	famciclovir... 15	fluconazole in dextrose(iso-o)... 15
ESBRIET... 125	famotidine (pf)... 102	fluconazole in nacl (iso-osm)... 15
escitalopram oxalate... 67	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 102	fluconazole... 15
esmolol... 56	famotidine... 102	flucytosine... 15
esomeprazole magnesium... 102	FANAPT... 67	fludarabine... 27
ESTRACE... 108	FARESTON... 26	fludrocortisone... 108
estradiol valerate... 108	FARXIGA... 108	flumazenil... 68
estradiol... 108	FARYDAK... 26	flunisolide... 99
estradiol-norethindrone acet... 108	FASLODEX... 26	fluocinolone and shower cap... 128
ESTRING... 108	FAZACLO... 67	fluocinolone... 128
estropipate... 108	felbamate... 67, 68	fluocinonide... 128, 129
ESTROSTEP FE-28... 108	felodipine... 56	fluocinonide-e... 129
eszopiclone... 67	FEMCON FE... 108	fluoritab... 120, 121
ethacrynate sodium... 93	FEMRING... 108	fluorometholone... 99
ethambutol... 15	fenofibrate micronized... 56	fluorouracil... 27, 129
ethosuximide... 67	fenofibrate nanocrystallized... 56	fluoxetine... 68
etidronate disodium... 120	fenofibrate... 56	fluphenazine decanoate... 68
etodolac... 67	fenofibric acid (choline)... 56	fluphenazine hcl... 68
ETOPOPHOS... 26	fenoprofen... 68	flurbiprofen sodium... 99
etoposide... 26	fentanyl citrate (pf)... 68	flurbiprofen... 68
EURAX... 128	fentanyl citrate... 68	flutamide... 27
EVOMELA... 26	fentanyl... 68	fluticasone... 99, 129
EVOTAZ... 15	FETZIMA... 68	fluvastatin... 56
	finasteride... 120	

fluvoxamine... 68
 folivane-ob... 133
 folivane-prx dha nf... 133
 FOLOTYN... 27
 fomepizole... 121
 fondaparinux... 35, 47
 FORADIL AEROLIZER... 43
 FORTEO... 108
 FORTICAL... 108
 foscarnet... 15
 fosinopril... 56
 fosinopril-hydrochlorothiazide... 56
 fosphenytoin... 69
 FRAGMIN... 35, 36, 47
 FREAMINE HBC 6.9 %... 93
 FREAMINE III 10 %... 93
 FREESTYLE PRECISION... 86
 furosemide... 93
 FUSILEV... 121
 FUZEON... 15
 FYCOMPA... 69

G

gabapentin... 69
 galantamine... 43
 GAMUNEX-C... 36, 47
 ganciclovir sodium... 15
 garamycin... 99
 GARDASIL (PF)... 36, 47
 GARDASIL 9 (PF)... 36, 47, 48
 gatifloxacin... 99
 GATTEX ONE-VIAL... 102
 GATTEX 30-VIAL... 102
 GAUZE BANDAGE... 124

GAUZE PAD... 124
 gavilyte-c... 102
 gavilyte-g... 102
 gavilyte-n... 102
 GAZYVA... 27
 gemcitabine... 27
 gemfibrozil... 56
 generlac... 93
 gengraf... 121
 gentak... 99
 gentamicin in nacl (iso-osm)... 15
 gentamicin sulfate (ped) (pf)... 15
 gentamicin sulfate (pf)... 15
 gentamicin... 15, 99, 129
 GENVOYA... 15
 GEODON... 69
 GESTICARE DHA... 133
 GIANVI (28)... 108
 gildagia... 108
 gildess fe 1.5/30 (28)... 108
 gildess fe 1/20 (28)... 108
 gildess 1.5/30 (21)... 108
 gildess 1/20 (21)... 108
 gildess 24 fe... 108
 GILENYA... 121
 GILOTRIF... 27
 GLASSIA... 125
 GLEEVEC... 27
 GLEOSTINE... 27
 glimepiride... 108
 glipizide... 108
 glipizide-metformin... 108
 GLUCAGEN HYPOKIT... 108

GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)... 108
 GLUMETZA... 109
 GLYCINE UROLOGIC... 93
 glycine... 93
 GLYCOPHOS... 93
 glycopyrrolate... 43
 GLYSET... 109
 GLYXAMBI... 109
 granisetron (pf)... 102
 granisetron hcl... 102
 GRANIX... 36, 48
 griseofulvin microsize... 15
 griseofulvin ultramicrosize... 15
 guanfacine... 57
 guanidine... 43
 gynazole-1... 129

H

HALAVEN... 27
 halobetasol propionate... 129
 HALOG... 129
 haloperidol decanoate... 69
 haloperidol lactate... 69
 haloperidol... 69
 HARVONI... 15
 HAVRIX (PF)... 36, 48
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP... 86
 heather... 109
 HECTOROL... 133
 HEMABATE... 124
 heparin (porcine) in nacl (pf)... 37, 48
 heparin (porcine) in 5 % dex... 37, 48

heparin (porcine)... 36, 37, 48	HYCET... 69	ILEVRO... 99
heparin(porcine) in 0.45% nacl... 37, 48	hydralazine... 57	IMBRUVICA... 28
heparin, porcine (pf)... 37, 48	hydrochlorothiazide... 93	imipenem-cilastatin... 15
HEPATAMINE 8%... 93	hydrocodone-acetaminophen... 69	imipramine hcl... 70
HERCEPTIN... 27	hydrocodone-ibuprofen... 69	imipramine pamoate... 70
HETLIOZ... 69	hydrocortisone butyr-emollient... 129	imiquimod... 129
HEXALEN... 27	hydrocortisone butyrate... 129	IMLYGIC... 28
HIBERIX (PF)... 37, 48	hydrocortisone valerate... 129	IMOGAM RABIES-HT (PF)... 37, 48
HUMALOG KWIKPEN... 109	hydrocortisone... 109, 129	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 37, 48
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 109	hydrocortisone-acetic acid... 99	IMURAN... 121
HUMALOG MIX 50-50... 109	hydrocortisone-min oil-wht pet... 129	inatal advance... 133
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 109	hydromorphone (pf)... 70	inatal ultra... 133
HUMALOG MIX 75-25... 109	hydromorphone... 69, 70	INCONTROL ALCOHOL PADS... 129
HUMALOG... 109	hydroxychloroquine... 15	INCONTROL PEN NEEDLE... 86
HUMAPEN LUXURA HD... 86	hydroxyurea... 27	INCRELEX... 109
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START... 121	hydroxyzine hcl... 70	INCRUSE ELLIPTA... 43
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START... 121	hydroxyzine pamoate... 70	indapamide... 93
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS... 121	HYPERLYTE CR... 93	indomethacin... 70
HUMIRA PEN... 121	HYPERRAB S/D (PF)... 37, 48	INFANRIX (DTAP) (PF)... 37, 48
HUMIRA... 121	HYPERTET S/D (PF)... 37, 48	INFUMORPH P/F... 70
HUMULIN N KWIKPEN... 109	I	INLYTA... 28
HUMULIN N... 109	ibandronate... 121	INS SYRINGE/NEEDLE 0.5 ML 27 G... 86
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 109	IBRANCE... 27	INSULIN SYRINGE MICROFINE... 86
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)... 109	ibuprofen... 70	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 86
HUMULIN R... 109	ibuprofen-oxycodone... 70	INSULIN SYRINGE ULTRAFINE... 86
HUMULIN 70/30 KWIKPEN... 109	ibutilide fumarate... 57	INSULIN SYRINGE... 86
HUMULIN 70/30... 109	ICLUSIG... 27	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 86
HYCMTIN... 27	IDAMYCIN PFS... 27	INSULIN SYRINGES (DISPOSABLE)... 86
	idarubicin... 27	INSUPEN... 86
	ifosfamide... 27	INTELENCE... 15, 16
	ifosfamide-mesna... 27	

INTRALIPID... 93	IV PREP WIPES... 129	kelnor 1/35 (28)... 110
INTRON A... 16	ivermectin... 16	KENALOG... 129
introvale... 109	IXEMPRA... 28	KEPIVANCE... 129
INVANZ... 16	IXIARO (PF)... 37, 49	KETEK... 16
INVEGA SUSTENNA... 70	J	ketoconazole... 16, 129
INVEGA TRINZA... 70	JAKAFI... 28	ketodan... 129
INVEGA... 70	JALYN... 121	ketoprofen... 71
INVIRASE... 16	jantoven... 37, 49	ketorolac... 99
INVOKAMET... 109	JANUMET XR... 109, 110	KEYTRUDA... 28
INVOKANA... 109	JANUMET... 109	kimidess (28)... 110
IONOSOL-B IN D5W... 93	JANUVIA... 110	KINRIX (PF)... 37, 49
IONOSOL-MB IN D5W... 93	JARDIANCE... 110	KIONEX (WITH SORBITOL)... 94
IOPIDINE... 99	jencycla... 110	kionex... 94
IPOL... 37, 49	JENTADUETO XR... 110	KLARON... 129
ipratropium bromide... 43, 99	JENTADUETO... 110	klofensaid ii... 71
ipratropium-albuterol... 43	JEVTANA... 28	klor-con m10... 94
irbesartan... 57	JOLESSA... 110	KLOR-CON M15... 94
irbesartan-hydrochlorothiazide... 57	JOLIVETTE... 110	klor-con m20... 94
IRENKA... 71	juleber... 110	klor-con sprinkle... 94
IRESSA... 28	junel fe 1.5/30 (28)... 110	KLOR-CON 10... 94
irinotecan... 28	junel fe 1/20 (28)... 110	KLOR-CON 8... 94
ISENTRESS... 16	junel fe 24... 110	KOMBIGLYZE XR... 110
ISOLYTE S PH 7.4... 93	junel 1.5/30 (21)... 110	KORLYM... 110
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 93	junel 1/20 (21)... 110	KRISTALOSE... 94
ISOLYTE-S... 93	K	kurvelo... 110
isoniazid... 16	k-sol... 93	KUVAN... 121
ISOPTO CARPINE... 99	K-TAB... 93	KYNAMRO... 57
isosorbide dinitrate... 57	KABIVEN... 93	L
isosorbide mononitrate... 57	KADCYLA... 28	l norgest/e.estradiol-e.estrad... 110
isradipine... 57	KALETRA... 16	labetalol... 57
ISTODAX... 28	KALYDECO... 125	LACRISERT... 99
ISUPREL... 43	kariva (28)... 110	lactated ringers... 94
itraconazole... 16	KAZANO... 110	lactulose... 94

LAMICTAL ODT STARTER (BLUE)... 71	LENVIMA... 28	lidocaine (pf)... 57, 118
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN)... 71	LESCOL XL... 57	lidocaine hcl... 99, 118, 129
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE)... 71	lessina... 111	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 57
LAMICTAL ODT... 71	LETAIRIS... 125	lidocaine viscous... 99
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT... 71	letrozole... 28	lidocaine... 129
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT... 71	leucovorin calcium... 121	lidocaine-epinephrine (pf)... 118
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT... 71	LEUKERAN... 28	lidocaine-epinephrine bit... 118
LAMICTAL XR STARTER (BLUE)... 71	LEUKINE... 38, 49	lidocaine-epinephrine... 118
LAMICTAL XR STARTER (GREEN)... 71	leuprolide... 28	lidocaine-prilocaine... 129
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE)... 71	LEVATOL... 57	LINCOCIN... 17
LAMICTAL... 71	LEVEMIR FLEXTOUCH... 111	lincomycin... 17
lamivudine... 16, 17	LEVEMIR... 111	lindane... 129
lamivudine-zidovudine... 17	levetiracetam in nacl (iso-os)... 72	linezolid... 17
lamotrigine... 71	levetiracetam... 71	linezolid-0.9% sodium chloride... 17
LANOXIN PEDIATRIC... 57	levobunolol... 99	LINZESS... 102
LANOXIN... 57	levocarnitine (with sugar)... 121	LIORESAL... 43
lansoprazole... 102	levocarnitine... 121	liothyronine... 111
LANTUS SOLOSTAR... 111	levocetirizine... 24	lipodox 50... 28
LANTUS... 110	levofloxacin in d5w... 17	lipodox... 28
larin fe 1.5/30 (28)... 111	levofloxacin... 17, 99	LIPTRUZET... 57
larin fe 1/20 (28)... 111	levoleucovorin... 121	lisinopril... 57
larin 1.5/30 (21)... 111	levonest (28)... 111	lisinopril-hydrochlorothiazide... 57
larin 1/20 (21)... 111	levonorg-eth estrad triphasic... 111	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 87
larin 24 fe... 111	levonorgestrel... 111	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 87
larissia... 111	levonorgestrel-ethinyl estrad... 111	lithium carbonate... 72
latanoprost... 99	levora-28... 111	lithium citrate... 72
LATUDA... 71	levorphanol tartrate... 72	LITHOSTAT... 94
LAZANDA... 71	levothyroxine... 111	LIVALO... 57
LEENA 28... 111	LEVOXYL... 111	loestrin fe 1.5/30 (28-day)... 111
leflunomide... 121	LEVULAN... 129	loestrin fe 1/20 (28-day)... 111
	LEXIVA... 17	loestrin 1.5/30 (21)... 111
	LIALDA... 102	loestrin 1/20 (21)... 111
	lidocaine (pf) in d7.5w... 118	

lomedina 24 fe... 111	MAGELLAN SYRINGE... 87	MENOMUNE - A/C/Y/W-135... 38, 49
lomustine... 28	magnesium chloride... 72	MENOSTAR... 112
LONSURF... 28	magnesium sulfate in d5w... 72	MENTAX... 130
loperamide... 102	magnesium sulfate in water... 72	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 38, 49
LORAZEPAM INTENSOL... 72	magnesium sulfate... 72	MENVEO MENA COMPONENT (PF)... 38, 49
lorazepam... 72	malathion... 130	MENVEO MENCYW-135 COMPNT (PF)... 38, 49
loryna (28)... 111	mannitol 10 %... 94	meperidine... 73
losartan... 57	mannitol 20 %... 94	mepivacaine (pf)... 118
losartan-hydrochlorothiazide... 57	mannitol 25 %... 94	mercaptapurine... 29
LOTRONEX... 103	mannitol 5 %... 94	meropenem... 17
lovastatin... 57	maprotiline... 72	meropenem-0.9% sodium chloride... 17
low-ogestrel (28)... 111	marlissa... 111	mesalamine with cleansing wipe... 103
loxapine succinate... 72	MARPLAN... 72	mesalamine... 103
ludent fluoride... 122	MARQIBO... 29	mesna... 122
LUFYLLIN... 132	MATULANE... 29	MESNEX... 122
LUMIGAN... 99	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 87	MESTINON TIMESPAN... 43
LUMIZYME... 97	MAXIDEX... 99	metaproterenol... 43
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 29	meclizine... 103	metaxalone... 43
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 29	meclofenamate... 72	metformin... 112
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 29	MEDROL... 112	methadone intensol... 73
LUPRON DEPOT... 29	medroxyprogesterone... 112	methadone... 73
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 29	mefloquine... 17	METHADOSE... 73
LUPRON DEPOT-PED... 29	megestrol... 29	methazolamide... 99
lutra (28)... 111	MEKINIST... 29	methenamine hippurate... 17
LYNPARZA... 29	meloxicam... 72	methergine... 124
LYRICA... 72	melphalan hcl... 29	methimazole... 112
LYSODREN... 29	memantine... 72, 73	METHITEST... 112
lyza... 111	MENACTRA (PF)... 38, 49	methocarbamol... 43
M		
M-M-R II (PF)... 38, 49	MENEST... 112	methotrexate sodium (pf)... 29
mafenide acetate... 129	MENHIBRIX (PF)... 38, 49	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 87	MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)... 38, 49	

methotrexate sodium... 29	mimvey... 112	MULTAQ... 58
methoxsalen rapid... 130	MINI ULTRA-THIN II... 87	multi-vitamin with fluoride... 133
methscopolamine... 43	minocycline... 17	multivitamin with fluoride... 133
methyclothiazide... 94	minoxidil... 58	multivitamins with fluoride... 133
methyldopa... 57	MIOCHOL-E... 99	mupirocin calcium... 130
methyldopa-hydrochlorothiazide... 58	MIOSTAT... 99	mupirocin... 130
methylergonovine... 124	mircette (28)... 112	MUSTARGEN... 29
METHYLIN... 73	mirtazapine... 74	MVC-FLUORIDE... 133
methylphenidate... 73, 74	misoprostol... 103	MYALEPT... 112
methylprednisolone acetate... 112	mitomycin... 29	MYCAMINE... 17
methylprednisolone sodium succ... 112	mitoxantrone... 29	mycophenolate mofetil... 122
methylprednisolone... 112	modafinil... 74	mycophenolate sodium... 122
methyltestosterone... 112	MODICON (28)... 112	MYFORTIC... 122
metipranolol... 99	moexipril... 58	myorisan... 130
metoclopramide hcl... 103	moexipril-hydrochlorothiazide... 58	MYOZYME... 97
metolazone... 94	molindone... 74	MYRBETRIQ... 132
metoprolol succinate... 58	mometasone... 99, 130	myzilra... 112
metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 58	mono-lynah... 112	N
metoprolol tartrate... 58	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING... 87	nabumetone... 75
metronidazole in nacl (iso-os)... 17	MONOJECT INSULIN SYRINGE... 87	nadolol... 58
metronidazole... 17, 130	MONOJECT SYRINGE... 87	nadolol-bendroflumethiazide... 58
mexiletine... 58	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 87	nafcillin in dextrose iso-osm... 18
MIACALCIN... 112	MONONESSA (28)... 112	nafcillin... 17
miconazole-3... 130	montelukast... 125	naftifine... 130
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28)... 112	MONUROL... 17	NAFTIN... 130
MICROGESTIN FE 1/20 (28)... 112	morphine (pf)... 75	NAGLAZYME... 97
MICROGESTIN 1.5/30 (21)... 112	morphine concentrate... 75	nalbuphine... 75
microgestin 1/20 (21)... 112	morphine... 74, 75	NALFON... 75
MICROGESTIN 24 FE... 112	moxifloxacin... 17	naloxone... 75
midodrine... 43	moxifloxacin-sod.ace,sul-water... 17	naltrexone... 75
miglitol... 112	MOZOBIL... 38, 49	NAMENDA XR... 75
		NAMENDA... 75
		NAMZARIC... 75

naphazoline... 99	NESINA... 113	norethindrone (contraceptive)... 113
naproxen sodium... 76	NEULASTA... 38, 49	norethindrone ac-eth estradiol... 113
naproxen... 76	NEUMEGA... 38, 49	norethindrone acetate... 113
naratriptan... 76	NEUPOGEN... 38, 49, 50	norethindrone-e.estradiol-iron... 113
NARCAN... 76	NEUPRO... 76	norgestimate-ethinyl estradiol... 113
NASONEX... 100	NEUT... 94	NORINYL 1+35 (28)... 113
NATACYN... 100	nevirapine... 18	NORINYL 1+50 (28)... 113
NATAZIA... 113	NEXAVAR... 29	norlyroc... 113
nateglinide... 113	NEXTERONE... 58	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 94
NATPARA... 113	niacin... 58	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 94
NATRECOR... 58	niacor... 58	NORMOSOL-R PH 7.4... 94
NEBUPENT... 18	nicardipine... 58	NORMOSOL-R... 94
necon 0.5/35 (28)... 113	NICOTROL NS... 43	NOROXIN... 18
necon 1/35 (28)... 113	nifedical xl... 58	NORTHERA... 43
NECON 1/50 (28)... 113	nifedipine... 58	nortrel 0.5/35 (28)... 113
necon 10/11 (28)... 113	nikki (28)... 113	nortrel 1/35 (21)... 113
NECON 7/7/7 (28)... 113	NILANDRON... 29	nortrel 1/35 (28)... 113
nefazodone... 76	nilutamide... 30	nortrel 7/7/7 (28)... 113
neo-polycin hc... 100	nimodipine... 58	nortriptyline... 76
neo-polycin... 100	NINLARO... 30	NORVIR... 18
neomycin... 18	NIPENT... 30	NOVOFINE AUTOCOVER... 87
neomycin-bacitracin-poly-hc... 100	nitrofurantoin macrocrystal... 18	NOVOFINE PLUS... 87
neomycin-bacitracin-polymyxin... 100	nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 18	NOVOFINE 30... 87
neomycin-polymyxin b gu... 130	nitrofurantoin... 18	NOVOFINE 32... 87
neomycin-polymyxin b-dexameth... 100	nitroglycerin in 5 % dextrose... 59	NOVOLIN N... 113
neomycin-polymyxin-gramicidin... 100	nitroglycerin... 58	NOVOLIN R... 113
neomycin-polymyxin-hc... 100	NITROLINGUAL... 59	NOVOLIN 70/30... 113
neosporin (neo-polym-gramicid)... 100	NITROSTAT... 59	NOVOLOG FLEXPEN... 113
neostigmine methylsulfate... 43	nizatidine... 103	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN... 113
NEPHRAMINE 5.4 %... 94	NOR-QD... 113	
	NORA-BE... 113	
	norepinephrine bitartrate... 43	

NOVOLOG MIX 70-30... 113

NOVOLOG PENFILL... 113

NOVOLOG... 113

NOVOPEN ECHO... 87

NOVOTWIST... 87

NOXAFIL... 18

NUEDEXTA... 76

NULOJIX... 122

NUPLAZID... 76

NUTRILIPID... 94

NUVARING... 113

NUVIGIL... 76

nyamyc... 130

nystatin... 18, 130

nystatin-triamcinolone... 130

nystop... 130

O

O-CAL PRENATAL... 133

OCELLA... 114

octreotide acetate... 114

ODEFSEY... 18

ODOMZO... 30

OFEV... 125

ofloxacin... 18, 100

ogestrel (28)... 114

olanzapine... 76

olopatadine... 100

omega-3 acid ethyl esters... 59

omeprazole... 103

OMNARIS... 100

OMNITROPE... 114

ONCASPAR... 30

ondansetron hcl (pf)... 103

ondansetron hcl... 103

ondansetron... 103

ONFI... 76

ONGLYZA... 114

OPANA ER... 76

OPDIVO... 30

OPSUMIT... 125

oralone... 130

ORAP... 76

ORFADIN... 122

ORKAMBI... 125

orphenadrine citrate... 43

orsythia... 114

ORTHO EVRA... 114

ORTHO MICRONOR... 114

ORTHO-CEPT (28)... 114

ORTHO-CYCLEN (28)... 114

ORTHO-NOVUM 1/35 (28)... 114

ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 114

OSENI... 114

OSMITROL 10 %... 94

OSMITROL 15 %... 94

OSMITROL 20 %... 94

OSMITROL 5 %... 94

ovcon-35 (28)... 114

oxacillin in dextrose(iso-osm)... 18

oxacillin... 18

oxaliplatin... 30

oxandrolone... 114

oxaprozin... 76

oxazepam... 76

oxcarbazepine... 76

oxiconazole... 130

OXISTAT... 130

OXSORALEN... 130

oxybutynin chloride... 132

oxycodone... 77

oxycodone-acetaminophen... 77

oxycodone-aspirin... 77

P

PACERONE... 59

paclitaxel... 30

paire ob plus dha... 133

paliperidone... 77

pamidronate... 122

PANDEL... 130

PANRETIN... 130

pantoprazole... 103

paregoric... 103

paricalcitol... 133

paroex oral rinse... 100

paromomycin... 18

paroxetine hcl... 77

PASER... 18

PATADAY... 100

PAXIL... 77

PAZEO... 100

PCE... 19

PEDIAPRED... 114

PEDIARIX (PF)... 38, 50

PEDVAX HIB (PF)... 38, 50

peg 3350-electrolytes... 103

peg-electrolyte soln... 103

peg-3350 with flavor packs... 103

PEGANONE... 77

PEGINTRON REDIPEN... 19

PEGINTRON... 19	PHOSPHOLINE IODIDE... 100	potassium chloride in 0.9%nacl... 95
PEN NEEDLE... 88	PHYSIOLYTE... 94	potassium chloride in 5 % dex... 95
PEN NEEDLE, DIABETIC... 88	PHYSIOSOL IRRIGATION... 94	potassium chloride... 95
penicillin g pot in dextrose... 19	PICATO... 130	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 95
penicillin g potassium... 19	pilocarpine hcl... 44, 100	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 95
penicillin g procaine... 19	pimozide... 78	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 95
penicillin g sodium... 19	pimtrea (28)... 114	potassium chloride-0.45 % nacl... 95
penicillin v potassium... 19	pindolol... 59	potassium citrate... 95
PENTACEL (PF)... 38, 50	pioglitazone... 114	potassium phosphate m-/d-basic... 95
PENTAM... 19	pioglitazone-glimepiride... 114	POTIGA... 78
PENTASA... 103	pioglitazone-metformin... 114	pr natal 400 ec... 133
pentazocine-naloxone... 77	piperacillin-tazobactam... 19	pr natal 400... 133
PENTIPS... 88	pirmella... 114	pr natal 430 ec... 133
pentoxifylline... 38, 50	piroxicam... 78	pr natal 430... 133
PERFOROMIST... 43	PLASMA-LYTE A... 94	PRADAXA... 38, 50
PERIKABIVEN... 94	PLASMA-LYTE 148... 94	PRALUENT PEN... 59
perindopril erbumine... 59	PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE... 95	PRALUENT SYRINGE... 59
periogard... 100	pnv ob+dha... 133	pramipexole... 78
PERJETA... 30	podofilox... 130	pravastatin... 59
permethrin... 130	polocaine... 118	prazosin... 59
perphenazine... 77	polocaine-mpf... 118	PRED-G S.O.P.... 100
perphenazine-amitriptyline... 77	polycin... 100	PRED-G... 100
pfizerpen-g... 19	polyethylene glycol 3350... 103	prednicarbate... 130
phenelzine... 77	polymyxin b sulf-trimethoprim... 100	prednisolone acetate... 100
phenobarbital... 77, 78	polymyxin b sulfate... 19	prednisolone sodium phosphate... 100, 115
phentolamine... 43	POMALYST... 30	prednisolone... 115
phenylephrine hcl... 44	portia... 114	PREDNISONE INTENSOL... 115
PHENYTEK... 78	PORTRAZZA... 30	prednisone... 115
phenytoin sodium extended... 78	potassium acetate... 95	PREMARIN... 115
phenytoin sodium... 78	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 95	
phenytoin... 78	potassium chloride in lr-d5... 95	
philith... 114		
PHOSLYRA... 94		

PREMASOL 10 %... 95	PROCRIT... 39, 50	pyridostigmine bromide... 44
PREMASOL 6 %... 95	procto-med hc... 130	Q
PREMPHASE... 115	procto-pak... 130	QNASL... 100
PREMPRO... 115	PROCTOSOL HC... 130	QUADRACEL (PF)... 39, 51
PRENATA... 134	proctozone-hc... 130	QUARTETTE... 115
PRENATABS FA... 134	PRODIGY INSULIN SYRINGE... 88	quasense... 115
prenatal plus (calcium carb)... 134	progesterone in oil... 115	quetiapine... 78
PRENATE DHA... 134	progesterone micronized... 115	quinapril... 59
PRENATE ELITE... 134	progesterone... 115	quinapril-hydrochlorothiazide... 59
PRENATE ESSENTIAL... 134	PROGLYCEM... 115	quinidine gluconate... 59
prena1 true... 133	PROGRAF... 122	quinidine sulfate... 59
PREPIDIL... 124	PROLEUKIN... 30	quinine sulfate... 20
preplus... 134	PROLIA... 122	QVAR... 126
PREQUE 10... 134	PROMACTA... 39, 50	R
prevalite... 59	promethazine... 24	RABAVERT (PF)... 39, 51
previfem... 115	propafenone... 59	raloxifene... 115
PREZCOBIX... 19	propantheline... 44	ramipril... 59
PREZISTA... 19	proparacaine... 100	RANEXA... 60
PRIALT... 78	propranolol... 59	ranitidine hcl... 104
PRIFTIN... 19	propranolol-hydrochlorothiazid... 59	RAPAFLO... 44
primaquine... 19	propylthiouracil... 115	RAPAMUNE... 122
primidone... 78	PROQUAD (PF)... 39, 51	REBETOL... 20
PRIMSOL... 19	PROSOL 20 %... 95	REBIF (WITH ALBUMIN)... 122
PRISTIQ... 78	protamine... 39, 51	REBIF REBIDOSE... 122
PRIVIGEN... 39, 50	PROTONIX... 104	REBIF TITRATION PACK... 122
PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 130	protriptyline... 78	reclipsen (28)... 115
probenecid... 95	PROVERA... 115	RECOMBIVAX HB (PF)... 39, 51
probenecid-colchicine... 95	psorcon... 131	RECTIV... 131
procainamide... 59	PULMOZYME... 125	REGONOL... 44
PROCALAMINE 3%... 95	PURINETHOL... 30	regranex... 131
prochlorperazine edisylate... 103	PURIXAN... 30	RELENZA DISKHALER... 20
prochlorperazine maleate... 104	PYLERA... 19	RELION NEEDLES... 88
prochlorperazine... 103	pyrazinamide... 20	RELION PEN NEEDLES... 88

RELISTOR... 104	RISPERDAL CONSTA... 78	setlakin... 115
relnate dha... 134	risperidone... 78	sharobel... 115
REMICADE... 122	RITUXAN... 30	SIGNIFOR... 115
REMODULIN... 126	rivastigmine tartrate... 44	sildenafil... 60
RENACIDIN... 95	rizatriptan... 79	SILENOR... 79
RENVELA... 95	ropinirole... 79	silver sulfadiazine... 131
REOPRO... 39, 51	ropivacaine (pf)... 118	SIMPONI... 123
repaglinide... 115	rosuvastatin... 60	SIMULECT... 123
RESCRIPTOR... 20	ROTARIX... 39, 51	simvastatin... 60
RESECTISOL... 95	ROTATEQ VACCINE... 39, 51	sirolimus... 123
reserpine... 60	roweepra... 79	SIRTURO... 20
RESTASIS... 100	ROXICET... 79	SIVEXTRO... 20
RETROVIR... 20	S	SMOFLIPID... 95
REVATIO... 60	SABRIL... 79	sodium acetate... 96
revia... 78	SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 88	sodium benzoate-sod phenylacet... 96
REVLIMID... 30	SAMSCA... 95	sodium bicarbonate... 96
revonto... 44	SANCUSO... 104	sodium chloride 0.45 %... 96
REXULTI... 78	SANDIMMUNE... 122	sodium chloride 0.9 %... 96
REYATAZ... 20	SANDOSTATIN LAR DEPOT... 115	sodium chloride 3 %... 96
RHEUMATREX... 30	santyl... 131	sodium chloride 5 %... 96
RHOPHYLAC... 39, 51	SAPHRIS (BLACK CHERRY)... 79	sodium chloride... 96
ribasphere... 20	SAVELLA... 79	SODIUM EDECRIN... 96
ribavirin... 20	se-natal 19 (with docusate)... 134	sodium fluoride... 123
RIDAURA... 104	se-natal 19... 134	sodium lactate... 96
rifabutin... 20	se-tan dha... 134	sodium nitrite... 123
RIFAMATE... 20	selegiline hcl... 79	sodium phenylbutyrate... 96
rifampin... 20	selenium sulfide... 131	sodium phosphate... 96
RIFATER... 20	SELZENTRY... 20	sodium polystyrene (sorb free)... 96
riluzole... 78	SENSIPAR... 122, 123	sodium polystyrene sulfonate... 96
rimantadine... 20	SEREVENT DISKUS... 44	sodium thiosulfate... 123
RIMSO-50... 131	SEROQUEL XR... 79	SOLTAMOX... 30
ringers... 95	SEROSTIM... 115	SOLU-MEDROL (PF)... 116
risedronate... 122	sertraline... 79	

SOLU-MEDROL... 115	SUBOXONE... 80	SYMLINPEN 60... 116
SOMATULINE DEPOT... 116	SUCRAID... 97	SYNAGIS... 21
SOMAVERT... 116	sucralfate... 104	SYNAREL... 116
sorbitol-mannitol... 96	sulfacetamide sodium (acne)... 131	SYNERA... 131
SORIATANE... 131	sulfacetamide sodium... 100	SYNERCID... 21
sorine... 60	sulfacetamide-prednisolone... 100	SYNJARDY... 116
sotalol af... 60	sulfadiazine... 21	SYNRIBO... 31
sotalol... 60	sulfamethoxazole-trimethoprim... 21	SYNTHROID... 116
SOVALDI... 20	SULFAMYLON... 131	SYPRINE... 105
SPIRIVA RESPIMAT... 44	sulfasalazine... 21	T
SPIRIVA WITH HANDIHALER... 44	sulindac... 80	TABLOID... 31
spironolacton-hydrochlorothiaz... 60	sumatriptan succinate... 80	TACLONEX... 131
spironolactone... 60	sumatriptan... 80	tacrolimus... 123
sprintec (28)... 116	SUPREP BOWEL PREP KIT... 104	TAFINLAR... 31
SPRITAM... 80	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 131	TAGRISSO... 31
SPRYCEL... 30	SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 88	TAMIFLU... 21
SPS (WITH SORBITOL)... 96	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 88	tamoxifen... 31
sronyx... 116	SURE COMFORT PEN NEEDLE... 88	tamsulosin... 44
SSD... 131	SURE-FINE PEN NEEDLES... 88	TARCEVA... 31
stannous fluoride... 123	SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 88	TARGRETIN... 31, 131
stavudine... 21	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 131	tarina fe 1/20 (28)... 116
STAVZOR... 80	SURMONTIL... 80	taron-bc... 134
STERILE GAUZE PAD... 124	SUSTIVA... 21	taron-c dha... 134
STIMATE... 116	SUTENT... 30	taron-prex prenatal-dha... 134
STIOLTO RESPIMAT... 44	syeda... 116	TASIGNA... 31
STIVARGA... 30	SYLATRON 4-PACK... 21	TASMAR... 80
STRATTERA... 80	SYLATRON... 21	TAXOTERE... 31
STRENSIQ... 97	SYLVANT... 31	TAZORAC... 131
streptomycin... 21	SYMBICORT... 126	taztia xt... 60
STRIANT... 116	SYMLINPEN 120... 116	TECENTRIQ... 31
STRIBILD... 21		TECFIDERA... 123
STRIVERDI RESPIMAT... 44		TECHLITE PEN NEEDLE... 89
		TEFLARO... 21

TEGRETOL XR... 80	thiotepa... 31	topiramate... 81
TEKAMLO... 60	thiothixene... 80	toposar... 31
TEKTURNA HCT... 60	thrivite-19... 134	topotecan... 31
TEKTURNA... 60	THYMOGLOBULIN... 123	TOPROL XL... 61
telmisartan... 60	THYROLAR-1... 116	TORISEL... 31
telmisartan-amlodipine... 60	THYROLAR-1/2... 116	torsemide... 96
temazepam... 80	THYROLAR-1/4... 116	TOUJEO SOLOSTAR... 117
TEMODAR... 31	THYROLAR-2... 116	TOVIAZ... 132
teniposide... 31	THYROLAR-3... 116	TPN ELECTROLYTES... 96
TENIVAC (PF)... 40, 51	tiagabine... 80	TRACLEER... 126
terazosin... 60	TIAZAC... 60	TRADJENTA... 117
terbinafine hcl... 21	ticlopidine... 40, 51	tramadol... 81
terbutaline... 44	TIKOSYN... 61	tramadol-acetaminophen... 81
terconazole... 131	TILIA FE... 116	trandolapril... 61
TERUMO INSULIN SYRINGE... 89	TIMENTIN... 21	tranexamic acid... 40, 51
testosterone cypionate... 116	timolol maleate... 61, 100	TRANSDERM-SCOP... 104
testosterone enanthate... 116	tinidazole... 22	tranylcypromine... 81
TESTRED... 116	TIVICAY... 22	TRAVASOL 10 %... 96
tetanus toxoid,adsorbed (pf)... 40, 51	tizanidine... 44	TRAVATAN Z... 101
tetanus-diphtheria toxoids-td... 40, 51	TNKASE... 40, 51	trazodone... 81
tetanus,diphtheria tox ped(pf)... 40, 51	TOBI PODHALER... 22	TREANDA... 31
tetrabenazine... 80	tobramycin sulfate... 22	TRECTOR... 22
tetracycline... 21	tobramycin... 101	TRELSTAR DEPOT... 32
THALOMID... 123	tobramycin-dexamethasone... 101	TRELSTAR LA... 32
theophylline in dextrose 5 %... 132	TOBEX... 101	TRELSTAR... 31, 32
theophylline... 132	TOLAK... 131	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 117
THERACYS... 40, 51	tolazamide... 117	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 117
THERMAZENE... 131	tolbutamide... 117	tretinoin (chemotherapy)... 32
THINPRO INSULIN SYRINGE... 89	tolcapone... 80	tretinoin... 131
THIOLA... 123	tolmetin... 80	TREXALL... 32
thioridazine... 80	tolterodine... 132	tri-legest fe... 117
	TOPCARE CLICKFINE... 89	tri-linyah... 117
	TOPCARE ULTRA COMFORT... 89	tri-lo-estarylla... 117

tri-lo-sprintec... 117	trospium... 132	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES... 90
TRI-NORINYL (28)... 117	TRUEPLUS INSULIN... 89	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE... 90
tri-previfem (28)... 117	TRULICITY... 117	UNIFINE PENTIPS PLUS... 90
tri-sprintec (28)... 117	TRUMENBA... 40, 51	UNIFINE PENTIPS... 90
tri-vit with fluoride and iron... 134	TRUVADA... 22	UNITHROID... 117
tri-vitamin with fluoride... 134	TUDORZA PRESSAIR... 44	UNITUXIN... 32
triadvance... 134	TWINRIX (PF)... 40, 51	ursodiol... 104
triamcinolone acetonide... 117, 131	TYBOST... 123	UVADEX... 131
triamterene-hydrochlorothiazid... 96	TYGACIL... 22	
TRIBENZOR... 61	TYKERB... 32	V
triderm... 131	TYPHIM VI... 40, 51	VAGIFEM... 117
trifluoperazine... 81	TYSABRI... 123	valacyclovir... 22
trifluridine... 101	TYZEKA... 22	VALCHLOR... 132
trihexyphenidyl... 81		VALCYTE... 22
trilyte with flavor packets... 104	U	valganciclovir... 22
trimethobenzamide... 104	u-cort... 131	valproate sodium... 81
trimethoprim... 22	ULORIC... 123	valproic acid (as sodium salt)... 81
trimipramine... 81	ULTICARE INSULIN SYR HALF UNIT... 89	valproic acid... 81
trinatal gt... 134	ULTICARE INSULIN SYRINGE... 89	valsartan... 61
trinatal rx 1... 134	ULTICARE PEN NEEDLE... 89	valsartan-hydrochlorothiazide... 61
TRINESSA (28)... 117	ULTICARE... 89	VALSTAR... 32
TRINESSA LO... 117	ULTILET ALCOHOL SWAB... 131	vancomycin in dextrose 5 %... 22
TRINTELLIX... 81	ULTILET INSULIN SYRINGE... 90	vancomycin in 0.9% sodium cl... 22
TRISENOX... 32	ULTILET PEN NEEDLE... 90	vancomycin... 22
TRIUMEQ... 22	ultimatecare one nf... 134	VANDAZOLE... 132
triveen-duo dha... 134	ultimatecare one... 134	VANISHPOINT SYRINGE... 90
triveen-prx rnf... 134	ULTIVA... 81	VAQTA (PF)... 40, 51
trivora (28)... 117	ULTRA CMFT INS SYR HALF UNIT... 90	VARIVAX (PF)... 40, 51
TRIZIVIR... 22	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE... 90	VARIZIG... 40, 52
TROPHAMINE 10 %... 96	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 90	VASCEPA... 61
TROPHAMINE 6%... 96	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL... 90	VECTIBIX... 32
tropicamide... 101		VELCADE... 32

VELETRI... 126	viorele (28)... 117	XARELTO... 41, 52
velivet triphasic regimen (28)... 117	VIRACEPT... 23	XENAZINE... 82
VELTIN... 132	VIRAMUNE XR... 23	XGEVA... 123
vena-bal dha... 134	VIRAZOLE... 23	XIFAXAN... 23
VENCLEXTA STARTING PACK... 32	VIREAD... 23	XIGDUO XR... 118
VENCLEXTA... 32	virt-c dha... 134	XOLAIR... 126
venlafaxine... 81, 82	virt-care one... 134	XTANDI... 32
VENTAVIS... 126	virt-nate dha... 134	xulane... 118
VENTOLIN HFA... 44	VITATRUE... 134	XYREM... 82
VERAMYST... 101	VITEKTA... 23	Y
verapamil... 61	VIVELLE-DOT... 117	YASMIN (28)... 118
VEREGEN... 132	VIVITROL... 82	YAZ (28)... 118
VERIPRED 20... 117	VOLTAREN... 82	YERVOY... 32
VERSACLOZ... 82	VOLUVEN 6 %... 96	YF-VAX (PF)... 41, 52
VESICARE... 132	voriconazole... 23	YONDELIS... 33
vestura (28)... 117	VOTRIENT... 32	Z
VEXOL... 101	VPRIV... 97	zafirlukast... 126
VGO 20... 90	VRAYLAR... 82	zaleplon... 82
VGO 30... 90	vyfemla (28)... 117	ZALTRAP... 33
VGO 40... 90	VYTORIN 10-10... 61	ZANOSAR... 33
VIBERZI... 104	VYTORIN 10-20... 61	zarah... 118
VICTOZA 2-PAK... 117	VYTORIN 10-40... 61	ZARXIO... 41, 52
VICTOZA 3-PAK... 117	VYTORIN 10-80... 61	zatean-ch... 134
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC... 22	W	ZAVESCA... 123
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC... 22	warfarin... 40, 52	ZELBORAF... 33
vienna... 117	water for irrigation, sterile... 96	ZEMPLAR... 134
VIGAMOX... 101	WEBCOL... 132	zenatane... 132
VIIBRYD... 82	WELCHOL... 61	zenchent (28)... 118
VIMPAT... 82	wera (28)... 118	zenchent fe... 118
vinblastine... 32	WINRHO SDF... 40, 41, 52	ZENPEP... 104
vincasar pfs... 32	WYMZYA FE... 118	zenzedi... 82
vincristine... 32	X	zeosa... 118
vinorelbine... 32	XALKORI... 32	ZERBAXA... 23

ZETIA... 61
ZETONNA... 101
ZIAGEN... 23
zidovudine... 23
ziprasidone hcl... 82
ZIRGAN... 101
ZOLADEX... 33
zoledronic acid... 123
zoledronic acid-mannitol-water...
124
ZOLINZA... 33
zolpidem... 82
zonisamide... 83
ZONTIVITY... 41, 52
ZORBTIVE... 118
ZORTRESS... 124
ZOSTAVAX (PF)... 41, 52
zovia 1/35e (28)... 118
zovia 1/50e (28)... 118
ZOVIRAX... 132
ZYCLARA... 132
ZYDELIG... 33
ZYKADIA... 33
ZYPREXA RELPREVV... 83
ZYTIGA... 33
ZYVOX... 23
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...
83
1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 83
8-MOP... 126

Forma Farmacéutica

Inglés	Español	Inglés	Español
PATCH	PARCHE	GAS	GAS
AEROSOL	AEROSOL	GEL FORMING SOLUTION	SOLUCION PARA LA FORMACION DE GEL
AEROSOL POWDER	POLVO DE AEROSOL	GRANULES	GRANULOS
AEROSOL SOLUTION	SOLUCION DE AEROSOL	GUM	GOMA
AEROSOL SPRAY	SPRAY DE AEROSOL	INHALER	INHALADOR
ALLERGEN	ALERGENO	HYPODERMIC TABLET	TABLETA HIPODERMICA
BANDAGE	VENDA	IMPLANT	IMPLANTE
BAR	BARRA	INFUSION SET	INFUSION SE PUSO
BATH	BAÑO	INHALER	INHALADOR
BEADS	CUENTAS	INHALER KIT	EQUIPO DE INHALADOR
BLOOD ADMINISTRATION SET	ADMINISTRACION DE SANGRE	INJECTABLE	INYECTABLE
BOTTLE	BOTELLA	INSERT	ENCARTE
CAKE	PASTEL	INSULIN PEN	PLUMA DE INSULINA
CAPSULE	CAPSULA	INTRAPERITONEAL	INTRAPERITONEAL
CARTRIDGE	CARTUCHO	INTRAVENOUS	INTRAVENOSO
CEMENT	CEMENTO	IRRIGATION SET	IRRIGACION SE PUSO
CLEANSER	PRODUCTO DE LIMPIEZA	IUD	IUD
COMBO PACK	PAQUETE DE GRUPO	GEL WITH APPLICATOR	GEL CON APLICADOR
CONCENTRATE	CONCENTRADO	KIT	EQUIPO
CONCENTRATED SOLUTION	SOLUCION CONCENTRADA	LEAVES	HOJAS
CONTRACEPTIVE SPONGE	ESPONJA ANTICONCEPTIVA	LENTE	LENTE
CREAM	CREMA	LINIMENT	LINIMENTO
CRYSTALS	CRISTALES	LIQUID	LIQUIDO
DEVICE	APARATO	LOTION	LOCION
DIAGNOSTIC TEST	PRUEBA DIAGNOSTICA	LOZENGE	PASTILLA
DIAPHRAGM	DIAFRAGMA	LUBRICANT	LUBRICANTE
DISK	DISCO	LUMP	TERRON
DOUCHE	DUCHA	MEDICATED SHAVING CREAM	CREMA DE AFEITAR MEDICINAL
DROPS	GOTAS	MISCELLANEOUS	DIVERSO
GEL	GEL	MIST	NIEBLA
CAPSULE	CAPSULA	MOUTHWASH	ENJUAGUE BUCAL
ELASTOMERIC PUMP	BOMBA de ELASTOMERIC	MUCOADHESIVE	MUCOADHESIVAS
ELIXIR	ELIXIR	NAIL FILM	PELICULA DE UÑA
EMULSION	EMULSION	NEEDLE	AGUJA
ENEMA	ENEMA	NEEDLE FREE INJECTOR	AGUJA INYECTOR LIBRE
FILM	CINTA	OCULAR SYSTEM	SISTEMA OCULAR
FILM FORMING SOLUTION	PELICULA QUE FORMA SOLUCION	OIL	ACEITE
FLAKES	ESCAMAS	CREAM	CREMA
FLUID EXTRACT	EXTRACTO FLUIDO	OINTMENT	UNGÜENTO
FOAM	ESPUMA	PACKAGE	PAQUETE

Inglés	Español
PADS	ALMOHADILLAS
PARENTERAL SOLUTION	SOLUCION PARENTERAL
PASTE	PASTA
PATCH	PARCHE
PATCH 24 HR.	PARCHE 24 HR.
PATCH 72 HR.	PARCHE 72 HR.
PELLET	BOLITA
PEN INJECTOR	INYECTOR DE PLUMA
PEN INJECTOR	INYECTOR DE PLUMA
PIGGYBACK	PIGGYBACK
PIPETTE	PIPETA
PLASTER	YESO
PLASTIC BAG FOR INJECTION	BOLSA DE PLASTICO PARA INYECCION
POWDER	POLVO
PUMP	BOMBA
SOLUTION	SOLUCION
SYRINGE	JERINGUILLA
PUDDING	BUDIN
SOLUTION	SOLUCION
RING	ARO
SHAMPOO	CHAMPU
SHEET	HOJA
SOAP	JABON
SOLUTION	SOLUCION
SPIRIT	LICOR
SPONGE	ESPONJA
SPRAY	SPRAY
SPRAY	SPRAY
STICK	PALO
STRIP	TIRA
SUPPOSITORY	SUPOSITORIO
SUSPENSION	SUSPENSION
SWAB	HISOPO
SYRINGE	JERINGUILLA
SYRUP	JARABE
TABLET	TABLETA
TABLET AND CAPSULE	TABLETA Y CAPSULA
CHEWABLE TABLET	TABLETA de MASTICAR
TAMPON	TAMPON
TAPE	CINTA
TAR	ALQUITRAN
TEA	TE
TINCTURE	TINTURA

Inglés	Español
TOOTHPASTE	PASTA DE DIENTES
TOWELETTE	TOWELETTE
TRANSDERMAL SYSTEM	SISTEMA TRANSDERMICO
TRAY	BANDEJA
TROUCHE	TROUCHE
UNIT	UNIDAD
WAFER	OBLEA
WAX	CERA
WHIP	FUSTA

La discriminación es contra la ley

CHA HMO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN, INC, HUMANA HEALTH PLAN, INC., HUMANA BENEFIT PLAN OF ILLINOIS, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY, HUMANA HEALTH BENEFIT PLAN OF LOUISIANA, INC., HUMANA INSURANCE OF PUERTO RICO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF UTAH, INC., HUMANA HEALTH COMPANY OF NEW YORK, INC., HUMANA HEALTH PLANS OF PUERTO RICO, INC., HUMANA EMPLOYERS HEALTH PLAN OF GEORGIA, INC., HUMANA REGIONAL HEALTH PLAN, INC. CARITEN HEALTH PLAN INC., HUMANA HEALTH INSURANCE COMPANY OF FLORIDA, INC., ARCADIAN HEALTH PLAN, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, HUMANA WI HEALTH ORGANIZATION INSURANCE CORP, HUMANA MEDICAL PLAN OF PENNSYLVANIA, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF MICHIGAN, INC. ("Humana") cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye a nadie, ni los trata de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-457-4708 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-457-4708 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-457-4708 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . 1-800-457-4708 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-457-4708 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-457-4708 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-457-4708 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-457-4708 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-457-4708 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-457-4708 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-457-4708 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'éh, éí ná hólq, kojí' hódíłnih 1-800-457-4708 (TTY: 711).

[illegible]

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.

[illegible]

H8145084000PDGSP1634716C_v16

Este formulario se actualizó el 11/05/2016. Para información más reciente u otras preguntas, contacte Humana al 1-800-457-4708 o, para usuarios de TTY, 711, 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado podrá responder llamadas durante los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Por favor deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes del final del siguiente día laborable, o visite Humana.com.

Humana es una organización de Medicare Advantage PFFS con un contrato con Medicare. La afiliación a este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Contacte el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar cada año. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**.

Humana®

Humana.com