

2018

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario abreviado de Humana

Esta es una lista parcial de medicamentos cubiertos

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

Humana Gold Plus SNP-DE (HMO SNP)

Humana Community HMO SNP-DE (HMO SNP)

Humana Cleveland Clinic Preferred SNP-DE (HMO SNP)

Este formulario abreviado fue actualizado el 04/12/2018 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para obtener una lista completa, información más actualizada o si tiene preguntas, contacte con Humana al 1-800-457-4708 afiliado o, para los usuarios de TTY, al 711, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, tenga en cuenta que del 15 de febrero al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada los fines de semana y los feriados. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable, o visite espanol.humana.com.

Adentro encontrará instrucciones sobre cómo obtener información acerca de todos los medicamentos cubiertos.

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

Humana®

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta lista de medicamentos (formulario), "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a Humana. Del mismo modo, "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a Humana. Este documento incluye una lista parcial de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir diciembre de 2018. Para ver un formulario completo y actualizado, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de última actualización del formulario. En general, debe usar las farmacias de la red para tener acceso a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario abreviado de Humana Medicare?

Un formulario es la lista completa de los medicamentos cubiertos seleccionados por Humana. Los términos formulario y lista de medicamentos pueden ser utilizados indistintamente en los comunicados sobre cambios en sus beneficios de farmacia. 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 están en el formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas, el medicamento recetado se surta en una farmacia de la red de Humana y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus medicamentos, consulte su Evidencia de cobertura.

Este documento es un formulario parcial, lo que significa que incluye solo algunos de los medicamentos cubiertos por Humana. Para buscar en la lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por Humana, puede visitar **[Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)**. La herramienta de búsqueda de la Lista de medicamentos le permite buscar su medicamento por nombre o por tipo de medicamento.

Para obtener ayuda o una lista completa de los medicamentos cubiertos, puede llamar a Atención al cliente de Humana al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, tenga en cuenta que el sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable.

¿Puede cambiar el formulario?

Por lo general, si usted toma un medicamento que estaba cubierto a principio de año, esa cobertura no se discontinuará ni se reducirá durante el año de cobertura del 2018. No obstante, se puede cambiar un formulario cuando, por ejemplo, aparece un nuevo medicamento genérico más asequible o se publica información nueva acerca de la seguridad o eficacia de un medicamento. Los demás tipos de cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los afiliados que estén tomando el medicamento. Este seguirá estando disponible al mismo costo compartido para aquellos afiliados que lo toman durante el resto del año de cobertura. Creemos que es importante que usted tenga acceso continuo durante el resto del año de cobertura a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando usted eligió su plan, salvo en aquellos casos en los que usted podría ahorrar más dinero o nosotros podríamos garantizar su seguridad.

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

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

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

Le notificaremos por correo al menos 60 días antes de que ocurra uno de estos cambios o le proporcionaremos una repetición de 60 días del medicamento afectado con notificación del cambio.

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

El formulario adjunto es vigente a partir diciembre de 2018. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **espanol.humana.com**.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

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

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 37. El Índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. 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 Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

- Del nivel en el que se encuentre el medicamento
- Si usted surte el medicamento recetado 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, por sus siglas en inglés) para obtener más información

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos se llaman Requisitos de control de la utilización. 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 surtir 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 está cubierta. Humana puede limitar el número de repeticiones que usted puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora diaria. Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días independientemente de la asignación de nivel.
- **Terapia por fases (TP):** En algunos casos, Humana exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que se disponga de cobertura para otro medicamento que trate esa afección. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que Humana no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, 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 o terapia por fases, o medicamentos que sobrepasan los límites de cantidad, su proveedor de cuidado de la salud puede enviar información por fax sobre su afección y necesidad de esos medicamentos a Humana al **1-877-486-2621**. Tenemos representantes a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

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

También puede visitar **[Humana.com/medicaredruglist](https://www.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 7, para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Tiene un impacto en mi cobertura la reforma del cuidado de la 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, también llamado "donut hole" en inglés. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) trabajan junto con las compañías que fabrican medicamentos recetados y los planes de salud para que usted reciba un descuento cercano al 65 por ciento en el costo de muchos medicamentos de marca cubiertos durante el período sin cobertura. Los afiliados de Medicare que reciban el subsidio por ingresos limitados ("Ayuda adicional") o que estén cubiertos por un plan de medicamentos recetados comercial acreditado a través de un patrono no recibirán este descuento.

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

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos, visite [Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist) para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar a Atención al cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede solicitar a 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 el medicamento. Lea lo siguiente para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

Hable con su proveedor de cuidado médico para decidir si debe cambiarse a otro medicamento que esté cubierto o si debe solicitar una excepción al formulario de manera que se considere su cobertura.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

Puede pedirle a Humana que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede solicitar que se realicen.

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que se cubra su medicamento si no está en el formulario.
- **Excepción a la restricción de uso:** puede solicitar que no se apliquen las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitar que no se aplique el límite y que se cubran más dosis del medicamento.
- **Excepción al nivel:** puede solicitar un nivel de cobertura superior para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitar que en vez de eso se cubra como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no se puede solicitar un nivel superior de cobertura para un medicamento si la aprobación no se hizo para cubrir un medicamento que no estaba en el formulario.

Por lo general, Humana solo 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 efectivas para el tratamiento de su afección médica y/o si le causarían 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 uso. Cuando usted solicita una excepción, debería presentar una declaración de su proveedor de cuidado médico que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración de respaldo.

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado médico. Puede solicitar una excepción más rápida o acelerada si usted o su proveedor de cuidado médico piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Una vez recibida su solicitud para una aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado médico.

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

Usted puede tomar medicamentos que su plan no cubre. O, puede hablar con su proveedor acerca de tomar un medicamento diferente que su plan cubre, pero ese medicamento podría tener un Requisito de control de la utilización, tal como una autorización previa o Terapia por fases, que le impida obtener el medicamento de inmediato. En ciertos casos, podemos cubrir hasta un suministro de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días en que esté afiliado al plan.

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

- Temporalmente cubriremos hasta un suministro de 30 días de su medicamento cuando va a una farmacia.
- No habrá cobertura para los 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 el formulario, cubriremos hasta un suministro de 31 días, más repeticiones para un máximo de un suministro de 91 a 98 días de su terapia actual de medicamentos (a menos que su medicamento esté recetado por menos días). Cubriremos más de una repetición de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que esté afiliado a nuestro plan. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de su medicamento (a menos que el medicamento esté recetado por menos días) mientras usted solicita 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 al plan

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

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

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

Extensión de transición

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

Una Política de transición está disponible en el sitio web de Medicare de Humana, **espanol.humana.com** en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

MyHumana - su cuenta segura

Regístrese en MyHumana, su en **espanol.humana.com**, para obtener más información sobre su plan de medicamentos recetados. Puede registrarse 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 (Calculadora de medicamentos) bajo "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) 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, dosificación, interacciones y otros detalles sobre más de 10,000 medicamentos
- Verificar si una alternativa genérica de un medicamento puede ayudarle a ahorrar dinero

Con Humana Pharmacy® es fácil administrar sus medicamentos recetados con soluciones de envío por correo.

Posiblemente pueda surtir sus medicamentos a través de Humana Pharmacy, la farmacia con servicio de envío por correo de Humana. Puede pedir que le envíen sus medicamentos de mantenimiento, medicamentos de especialidad o suministros y recibirlos donde le quede más cómodo. Su medicamento recetado nuevo le estará llegando por correo en un plazo de 7 a 10 días a partir de que Humana Pharmacy haya recibido tanto su receta como toda la información necesaria. Las repeticiones de recetas deben llegarle en el transcurso de 5 a 7 días. Para comenzar a usar el servicio u obtener más información, visite hprxweb.com. También puede llamar a Humana Pharmacy al **1-855-899-3134 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red.

Para más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura para medicamentos recetados de Humana, lea su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) 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 Lista de medicamentos le permite buscar su medicamento por nombre o tipo de medicamento.

También puede llamar a Atención al cliente de Humana al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, observe que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y los 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 de finalizar el próximo día laborable.

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

Formulario de Humana

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Humana. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 37.

Recuerde: esta es solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos por Humana. Si su medicamento recetado no está en este formulario parcial, visite nuestro sitio web en **espanol.humana.com**. Nuestra información de contacto adicional está en la página anterior.

Cómo leer el formulario

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

DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.

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

En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 5 para más detalles sobre los niveles de medicamentos en su plan.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
abacavir-lamivudine-zidov tab DL	5	LC (60 cada 30 días)
acyclovir 400 mg, 800 mg tablet EC	2	
ALBENZA 200 MG TABLET DL	5	
amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule EC	1	
amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg tablet EC	2	
aztreonam 1 gm vial EC	4	
baciim 50,000 unit intramuscular solution EC	4	
bacitracin 50,000 unit vial EC	2	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	AP
BILTRICIDE 600 MG TABLET EC	4	
CANCIDAS 50 MG, 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	AP,LC (84 cada 28 días)
cefaclor 250 mg, 500 mg capsule EC	3	
cefdinir 300 mg capsule EC	2	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial EC	4	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial EC	4	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial EC	4	
ceftriaxone 1 gm vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm add vial; ceftriaxone 2 gm vial EC	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab EC	3	
cephalexin 250 mg, 500 mg capsule EC	2	
chloramphen na succ 1 gm vl EC	3	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 500 mg, 750 mg tab EC	1	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule EC	2	
clindamycin 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml addvan; clindamycin ph 900 mg/6 ml vl EC	3	
colistimethate 150 mg vial EC	4	
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE EC	4	LC (450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE EC	4	LC (270 cada 30 días)
dapsone 100 mg, 25 mg tablet EC	3	
daptomycin 350 mg, 500 mg vial DL	5	
DARAPRIM 25 MG TABLET DL	5	
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	TP,LC (20 cada 10 días)
doxycycline hyclate 100 mg tab EC	3	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg cap EC	2	LC (60 cada 30 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	1	
erythromycin 250 mg, 500 mg filmtab EC	4	
fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet EC	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule DL	5	
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	LC (60 cada 30 días)
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp EC	3	
griseofulvin micro 500 mg tab EC	4	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab EC	4	
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
hydroxychloroquine 200 mg tab EC	1	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg vl EC	4	
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	5	LC (120 cada 30 días)
isoniazid 100 mg/ml vial EC	1	
ivermectin 3 mg tablet EC	3	
linezolid 100 mg/5 ml susp DL	5	LC (1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg/300 ml-d5w EC	4	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial EC	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet EC	2	
nafcillin 1 gm vial EC	4	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap EC	4	LC (90 cada 365 días)
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg EC	4	LC (90 cada 365 días)
nystatin 100,000 unit/ml susp EC	2	
nystatin 500,000 unit oral tab EC	3	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
oseltamivir phos 45 mg, 75 mg capsule EC	3	LC (56 cada 365 días)
paromomycin 250 mg capsule EC	4	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET EC	4	
PEGINTRON 50 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP,LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG DL	5	AP,LC (4 cada 28 días)
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln EC	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet EC	2	
piperacil-tazobact 13.5 gm vl; piperacil-tazobact 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram; piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial EC	4	
polymyxin b sulfate vial EC	3	
primaquine 26.3 mg tablet EC	3	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE EC	4	LC (144 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg capsule EC	4	AP,LC (42 cada 7 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	4	LC (60 cada 180 días)
ribavirin 200 mg capsule EC	3	LC (168 cada 28 días)
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET EC	4	
rimantadine hcl 100 mg tablet EC	4	
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET DL	5	LC (120 cada 30 días)
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp ss tablet EC	1	
SUPRAX 400 MG CAPSULE EC	4	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE	5	LC (120 cada 30 días)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE EC	4	LC (480 cada 30 días)
SYNAGIS 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	5	AP
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	4	
terbinafine hcl 250 mg tablet EC	2	LC (90 cada 365 días)
tetracycline 250 mg, 500 mg capsule EC	4	
tigecycline 50 mg vial DL	5	
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	LC (60 cada 30 días)
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG CAPSULES FOR INHALATION DL	5	AP,LC (224 cada 28 días)
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg vial; vancomycin hcl 1,000 mg, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg vial; vancomycin hcl 10 gm vial; vancomycin hcl 5 gm vial EC	3	
vancomycin hcl 125 mg capsule DL	5	LC (120 cada 30 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	5	AP,LC (9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	5	AP,LC (84 cada 28 días)
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
cetirizine hcl 1 mg/ml soln EC	2	LC (300 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clemastine fum 2.68 mg tab EC	4	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup EC	4	
cyproheptadine 4 mg tablet EC	4	
desloratadine 5 mg tablet EC	4	LC (30 cada 30 días)
diphenhydramine 50 mg/ml vial EC	4	
levocetirizine 5 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg suppos; promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg suppository EC	4	AP
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	4	AP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
anastrozole 1 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg tablet EC	3	LC (30 cada 30 días)
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% topical soln EC	4	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
methotrexate 2.5 mg tablet EC	1	B o D
PICATO 0.015 % TOPICAL GEL EC	4	LC (3 cada 30 días)
PICATO 0.05 % TOPICAL GEL EC	4	LC (2 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL DL	5	AP
TARGRETIN 75 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (300 cada 30 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
ANTITOXINAS, GLOB IMMUNO, TOXOIDES, VACUNAS		
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	4	
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION DL	5	AP
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	5	B o D
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	4	B o D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP EC	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
IPOLO 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION EC	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	4	
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	3	LC (1 cada 365 días)
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
alfuzosin hcl er 10 mg tablet EC	2	LC (30 cada 30 días)
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (60 cada 30 días)
baclofen 10 mg, 20 mg tablet EC	2	
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER EC	4	LC (10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	4	AP
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET EC	4	LC (56 cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	4	LC (4 cada 20 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet EC	4	AP
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap EC	4	
dicyclomine 20 mg tablet EC	2	
dihydroergotamine 1 mg/ml amp EC	4	
donepezil hcl 10 mg tablet EC	1	LC (60 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR EC	3	LC (4 cada 30 días)
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR EC	3	LC (4 cada 30 días)
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL EC	4	LC (30 cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (30 cada 30 días)
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml EC	2	B o D
MESTINON TIMESPAN 180 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	5	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	3	
migergot 2 mg-100 mg rectal suppository	5	AP,LC (20 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	4	AP
RAPAFLO 4 MG, 8 MG CAPSULE EC	3	LC (30 cada 30 días)
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule EC	4	LC (90 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	3	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES EC	3	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	3	LC (4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	3	LC (4 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule EC	2	LC (60 cada 30 días)
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet EC	1	
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED EC	4	LC (1 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	3	LC (36 cada 30 días)
FORMACIÓN, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS DE LA SANGRE		
anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg capsule EC	3	
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg tablet EC	2	
clopidogrel 75 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG, 5 MG (74 TABS) TABLET; ELIQUIS 5 MG, 5 MG (74 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK EC	3	LC (74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml syringe EC	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml syr EC	4	LC (16.8 cada 28 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr EC	4	LC (15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr DL	5	LC (12 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE; NEULASTA 6 MG/0.6 ML, 6 MG/0.6ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR DL	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE DL	5	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION DL	5	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE DL	5	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION DL	5	AP,LC (22.4 cada 30 días)
pentoxifylline er 400 mg tab EC	2	
PRADAXA 110 MG, 150 MG, 75 MG CAPSULE EC	4	LC (60 cada 30 días)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	4	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION EC	4	AP,LC (28 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION DL	5	AP,LC (14 cada 30 días)
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml EC	4	AP
tranexamic acid 650 mg tablet EC	4	LC (30 cada 5 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
warfarin sodium 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet EC	1	
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A STARTER PACK EC	3	LC (51 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE DL	5	AP,LC (7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE DL	5	AP,LC (11.2 cada 30 días)
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
ADCIRCA 20 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
amiodarone hcl 200 mg tablet EC	2	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 EC	1	LC (60 cada 30 días)
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET EC	3	LC (180 cada 30 días)
BYSTOLIC 10 MG TABLET EC	3	LC (120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release EC	2	LC (60 cada 30 días)
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch EC	4	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet EC	1	
COREG CR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE EC	4	LC (30 cada 30 días)
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET EC	4	AP,LC (60 cada 30 días)
digoxin 125 mcg tablet EC	2	LC (30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg tablet EC	4	LC (30 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap EC	2	LC (60 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	4	
dofetilide 125 mcg capsule EC	4	LC (240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule EC	4	LC (120 cada 30 días)
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab 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 días)
ezetimibe 10 mg tablet EC	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet EC	2	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet EC	3	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gemfibrozil 600 mg tablet EC	2	LC (60 cada 30 días)
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	2	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg; isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg tb EC	2	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	1	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	1	LC (60 cada 30 días)
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg tab; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg tb EC	1	
mexiletine 150 mg, 200 mg, 250 mg capsule EC	4	
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 días)
niacin er 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet EC	4	
niacor 500 mg tablet EC	2	
nifedipine er 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet EC	3	LC (60 cada 30 días)
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET EC	3	
pacerone 200 mg tablet EC	2	
PRALUENT PEN 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (2 cada 28 días)
PRALUENT 75 MG/ML SYRINGE DL	5	AP,LC (2 cada 28 días)
pravastatin sodium 40 mg tab EC	1	LC (60 cada 30 días)
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml vial EC	1	
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, 425 mg cap EC	4	
quinidine gluc 80 mg/ml vial EC	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab EC	2	
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	3	TP,LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR DL	5	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (3 cada 28 días)
sildenafil 20 mg tablet EC	4	AP,LC (90 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
spironolactone-hctz 25-25 tab EC	2	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	2	
TEKTURNA 150 MG, 300 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TEKTURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet EC	2	LC (30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 40-12.5 mg, 80-25 mg tab; telmisartan-hctz 40-12.5 mg, 80-25 mg tb EC	4	TP,LC (30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	1	
valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab EC	1	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE EC	4	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE EC	4	LC (120 cada 30 días)
verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg tablet EC	2	
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET EC	4	AP,LC (30 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	3	
WELCHOL 625 MG TABLET EC	3	
ZETIA 10 MG TABLET EC	4	AP,LC (30 cada 30 días)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE DL	5	LC (1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	5	LC (1 cada 28 días)
acamprosate calc dr 333 mg tab EC	4	
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg tablet EC	2	LC (120 cada 30 días)
amantadine 100 mg capsule EC	4	
amantadine 100 mg tablet EC	4	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab EC	3	AP
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	4	AP
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	5	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	5	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	5	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	5	LC (3.2 cada 28 días)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET EC	4	AP
BELSOMRA 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG TABLET EC	3	
benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	3	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet EC	4	
bupap 50 mg-300 mg tablet EC	4	AP,LC (180 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet EC	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet EC	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet EC	3	LC (60 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet EC	2	
butorphanol 1 mg/ml vial DL	4	LC (960 cada 30 días)
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	1	
celecoxib 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg capsule EC	4	LC (60 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE EC	4	
citalopram hbr 20 mg tablet EC	1	LC (60 cada 30 días)
clonazepam 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	3	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET EC	4	AP,LC (180 cada 30 días)
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	4	AP
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab EC	3	LC (60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap EC	4	LC (30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap EC	4	LC (60 cada 30 días)
diazepam 10 mg tablet EC	3	LC (120 cada 30 días)
diclofenac sod ec 50 mg, 75 mg tab EC	2	
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 60 mg cap EC	3	LC (60 cada 30 días)
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 DL	3	LC (60 cada 30 días)
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 DL	3	LC (360 cada 30 días)
entacapone 200 mg tablet EC	3	LC (300 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg capsule EC	4	
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule EC	1	LC (60 cada 30 días)
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix EC	4	
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule EC	2	LC (270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet EC	2	LC (180 cada 30 días)
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	2	
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 DL	3	LC (150 cada 30 días)
hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet EC	1	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	5	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	5	LC (1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	4	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (0.87 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (1.31 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (2.62 cada 90 días)
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap EC	1	
lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb EC	2	
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	3	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION EC	3	LC (900 cada 30 días)
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE EC	3	LC (60 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet EC	1	LC (60 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg tablet EC	3	AP,LC (60 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml vial EC	2	
naltrexone 50 mg tablet EC	2	
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE EC	3	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK EC	3	AP,LC (28 cada 28 días)
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	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK EC	3	LC (28 cada 28 días)
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 días)
NUDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE EC	3	AP,LC (60 cada 30 días)
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	AP,LC (90 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE EC	4	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap EC	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pimozide 1 mg, 2 mg tablet EC	4	
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet EC	2	
primidone 250 mg, 50 mg tablet EC	2	
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	2	LC (120 cada 30 días)
rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg tab EC	4	
riluzole 50 mg tablet EC	4	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	4	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	5	LC (2 cada 28 días)
ropinirole hcl 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	2	LC (90 cada 30 días)
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 días)
selegiline hcl 5 mg capsule EC	3	
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	2	LC (9 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	3	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	4	
tolcapone 100 mg tablet EC	4	AP
tranylcypromine sulf 10 mg tab EC	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg tablet EC	1	
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx EC	3	AP
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET EC	4	TP,LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap EC	2	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap EC	2	LC (90 cada 30 días)
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL EC	4	
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE SPRINKLE DL	3	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule EC	4	LC (60 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet EC	2	
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET EC	3	LC (90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DISPOSITIVOS		
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2"; BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	1	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" EC	1	
NOVOFINE 30G X 1/3" NEEDLES 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	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE EC	1	
VGO 20 DEVICE EC	4	
VGO 30 DEVICE EC	4	
VGO 40 DEVICE EC	4	
AGENTES DE DIAGNÓSTICO		
ACTHAR H.P. 80 UNIT/ML INJECTION GEL DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
BALANCE ELECTROLÍTICO, CALÓRICO Y DE AGUA		
AURYXIA 210 MG IRON TABLET EC	4	LC (360 cada 30 días)
bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	2	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet EC	2	
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
furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	1	
generlac 10 gram/15 ml oral solution EC	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp EC	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb EC	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet EC	1	
kionex powder EC	3	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE EC	2	
klor-con m10 meq tablet,extended release EC	2	
lactated ringers irrigation EC	2	
lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution EC	2	
LITHOSTAT 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	2	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION EC	1	
potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet EC	2	
potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule 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	
probenecid 500 mg tablet EC	3	
probenecid-colchicine tabs EC	3	
REVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	3	LC (540 cada 30 días)
REVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	3	LC (180 cada 30 días)
REVELA 800 MG TABLET EC	3	LC (540 cada 30 días)
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET DL	5	LC (60 cada 30 días)
sodium lactate 5 meq/ml vial EC	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION EC	3	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp EC	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb EC	1	
ENZIMAS		
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (70 cada 30 días)
ELITEK 1.5 MG, 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
STRENSIQ 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (38.4 cada 28 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
PREPARACIONES (EENT) PARA LOS OJOS, EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA		
acetazolamide er 500 mg cap EC	4	
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS EC	3	
atropine 1% eye drops EC	2	
azelastine 0.1% (137 mcg) spry EC	3	LC (30 cada 25 días)
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	3	LC (10 cada 28 días)
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS EC	4	LC (5 cada 25 días)
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	3	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp EC	3	
chlorhexidine 0.12% rinse EC	1	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS EC	3	LC (5 cada 25 días)
dorzolamide hcl 2% eye drops EC	1	LC (10 cada 30 días)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS EC	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos?
Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
epinastine hcl 0.05% eye drops ^{EC}	3	LC (5 cada 25 días)
fluticasone prop 50 mcg spray ^{EC}	2	LC (16 cada 30 días)
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 días)
ipratropium 0.06% spray ^{EC}	2	LC (45 cada 30 días)
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution ^{EC}	2	
latanoprost 0.005% eye drops ^{EC}	1	LC (5 cada 25 días)
lidocaine viscous 2 % mucosal solution ^{EC}	2	
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION; LOTEMAX 0.5 % EYE GEL DROPS ^{EC}	4	
LOTEMAX 0.5 % EYE OINTMENT ^{EC}	4	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 días)
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	4	TP
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 días)
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	
prednisolone ac 1% eye drop ^{EC}	4	
proparacaine 0.5% eye drops ^{EC}	1	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
timolol maleate 0.25% eye drop; timolol maleate 0.5% eye drops ^{EC}	1	
tobramycin-dexameth ophth susp ^{EC}	4	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	3	LC (2.5 cada 25 días)
trifluridine 1% eye drops ^{EC}	3	
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS ^{EC}	4	
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	4	AP,LC (60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL ^{EC}	4	LC (5 cada 30 días)
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
AMITIZA 24 MCG, 8 MCG CAPSULE ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg capsule ^{EC}	4	B o D,LC (2 cada 28 días)
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (120 cada 30 días)
balsalazide disodium 750 mg cp ^{EC}	4	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION EC	4	
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet EC	2	
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 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-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 días)
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5 EC	4	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 EC	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule EC	4	B o D,LC (120 cada 30 días)
EMEND 125 MG, 40 MG CAPSULE EC	4	AP,LC (2 cada 28 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule EC	3	LC (30 cada 30 días)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE EC	3	LC (120 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE EC	3	LC (30 cada 30 días)
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet EC	4	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet EC	1	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet EC	3	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule EC	1	LC (60 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet EC	2	B o D,LC (90 cada 30 días)
polyethylene glycol 3350 powd EC	2	
prochlorperazine 25 mg supp EC	4	
ranitidine 150 mg, 300 mg tablet EC	2	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	4	LC (36 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	4	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET EC	4	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	4	LC (12 cada 30 días)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH EC	4	LC (4 cada 30 días)
sucralfate 1 gm tablet EC	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION EC	3	
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution EC	2	
ursodiol 250 mg tablet EC	3	
ursodiol 500 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VIBERZI 100 MG, 75 MG TABLET EC	4	AP,LC (60 cada 30 días)
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP DR 10,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 15,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 20,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 25,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 3,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 40,000 UNIT CAPSULE; ZENPEP DR 5.000 UNIT CAPSULE EC	4	
COMPUESTOS DE ORO		
RIDAURA 3 MG CAPSULE DL	5	
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
CUPRIMINE 250 MG CAPSULE	5	
SYPRINE 250 MG CAPSULE DL	5	
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	3	
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET EC	3	LC (37.5 cada 30 días)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM), 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PACKET; ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM), 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP EC	3	LC (150 cada 30 días)
BYDUREON 2 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION EC	4	LC (4 cada 28 días)
BYDUREON 2 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	4	LC (4 cada 28 días)
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 días)
calcitonin-salmon 200 units sp EC	3	LC (3.7 cada 28 días)
chorionic gonad 10,000 unit vl EC	4	AP
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule EC	4	
desmopressin acetate 0.1 mg tb EC	4	LC (180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg tb EC	4	
EGRIFTA 1 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM EC	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING EC	4	LC (1 cada 90 días)
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 días)
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	4	AP,LC (2.4 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
glipizide 10 mg, 5 mg tablet EC	1	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION EC	3	
GLUMETZA 1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	4	LC (60 cada 30 días)
GLUMETZA 500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	4	LC (120 cada 30 días)
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN DL	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS DL	5	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
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 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	3	LC (30 cada 30 días)
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 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
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 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	3	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	3	LC (30 cada 30 días)
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET; KAZANO 12.5 MG-500 MG TABLET EC	4	LC (60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	4	LC (60 cada 30 días)
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 días)
KORLYM 300 MG TABLET DL	5	AP, LC (120 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	3	
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 EC	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab EC	2	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG TABLET EC	4	AP
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet EC	1	
methimazole 10 mg, 5 mg tablet EC	2	
METHITEST 10 MG TABLET EC	4	
methylprednisolone 4 mg dosepk EC	2	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet EC	3	
NESINA 12.5 MG, 25 MG, 6.25 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 días)
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	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet EC	4	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP EC	3	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS EC	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	3	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE EC	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	3	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	5	AP
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET EC	4	LC (30 cada 30 días)
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 días)
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
prednisone 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg tablet EC	1	B o D
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM EC	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos?
Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION EC	4	
propylthiouracil 50 mg tablet EC	3	
raloxifene hcl 60 mg tablet EC	3	LC (30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	3	
SENSIPAR 30 MG TABLET EC	3	LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 60 MG TABLET	5	LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET	5	LC (120 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	LC (10.5 cada 28 días)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY DL	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 días)
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	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	3	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	3	LC (2 cada 28 días)
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	3	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	3	LC (9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	3	LC (9 cada 30 días)
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 días)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	4	LC (60 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS		
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet EC	1	
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP,LC (15 cada 30 días)
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET EC	4	LC (4 cada 28 días)
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (20 cada 30 días)
COLCRYZ 0.6 MG TABLET EC	3	LC (120 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (12 cada 28 días)
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg EC	4	B o D
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet EC	4	
dutasteride 0.5 mg capsule EC	3	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE EC	4	LC (90 cada 30 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (4.08 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (7.84 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (7.84 cada 28 días)
finasteride 5 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (18 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG, 0.5 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
HUMIRA 10 MG/0.1 ML, 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	5	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT; HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
leflunomide 10 mg, 20 mg tablet EC	2	LC (30 cada 30 días)
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 vial EC	2	B o D
mesna 1 gram/10 ml vial EC	4	B o D
MESNEX 400 MG TABLET DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mycophenolate 250 mg capsule EC	3	B o D
octreotide 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 0.05 mg/ml vial; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial EC	4	AP
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	4	LC (1 cada 180 días)
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ. DL	5	AP,LC (4.2 cada 28 días)
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (4.2 cada 28 días)
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (3 cada 30 días)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (3 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ULORIC 40 MG, 80 MG TABLET EC	3	TP,LC (30 cada 30 días)
XELJANZ 10 MG, 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
AYUDAS FARMACÉUTICAS		
GAUZE PADS, STERILE 2"X2" EC	1	
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial EC	3	B o D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
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	LC (60 cada 30 días)
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	LC (12 cada 30 días)
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (30 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (60 cada 30 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc EC	4	
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DALIRESP 500 MCG TABLET EC	3	LC (30 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET DL	5	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	3	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	3	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	3	LC (10.6 cada 30 días)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET DL	5	AP,LC (56 cada 28 días)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 10 mg tablet EC	1	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew EC	2	LC (30 cada 30 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION DL	5	B o D
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	3	LC (10.2 cada 30 días)
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML, 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	AP
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet EC	4	LC (60 cada 30 días)
AGENTES DE LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
acyclovir 5% ointment EC	4	AP
ALCOHOL 70% SWABS EC	1	
ammonium lactate 12% cream EC	2	
ammonium lactate 12% lotion EC	2	
ciclopirox 0.77% gel EC	4	
ciclopirox 8% solution EC	3	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY EC	4	
clotrimazole 10 mg troche EC	2	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (32 cada 365 días)
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM EC	4	AP
desonide 0.05% cream EC	4	
desoximetasone 0.25% cream EC	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
lidocaine 5% patch ^{EC}	4	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	4	
lindane 1% shampoo ^{EC}	4	
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	4	
methoxsalen 10 mg softgel ^{DL}	5	
metronidazole top 1% gel pump; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel; metronidazole vaginal 0.75% gl ^{EC}	4	
mupirocin 2% ointment ^{EC}	2	
mupirocin 2% cream ^{EC}	4	
naftifine hcl 1% cream; naftifine hcl 2% cream ^{EC}	4	TP
nystatin 100,000 unit/gm oint ^{EC}	2	
nystatin-triamcinolone ointm ^{EC}	4	
nystop 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	2	
permethrin 5% cream ^{EC}	3	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1% cream ^{EC}	2	
SULFAMYLON 50 GRAM TOPICAL PACKET ^{EC}	4	
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION ^{EC}	3	LC (420 cada 30 días)
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream ^{EC}	2	
tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% gel ^{EC}	4	AP
tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream ^{EC}	4	AP
triderm 0.1 %, 0.5 % topical cream ^{EC}	2	
ZYCLARA 2.5 % TOPICAL CREAM PUMP ^{EC}	4	LC (15 cada 30 días)
ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM PACKET; ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM PUMP ^{EC}	4	
RELAJANTES DE LA MUSCULATURA LISA		
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet ^{EC}	2	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	3	LC (60 cada 30 días)
theophylline er 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	2	
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	3	LC (30 cada 30 días)
VESICARE 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	4	LC (30 cada 30 días)
VITAMINAS		
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule ^{EC}	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos?
Vaya a la página 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule ^{EC}	4	
PRENATABS FA 29 MG-1 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 11.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

Índice

A

abacavir-lamivudine-zidovudine...
12

ABILIFY MAINTENA... 20

acamprosate... 20

acarbose... 28

acetazolamide... 25

acetylcysteine... 33

ACTHAR H.P.... 24

ACTIMMUNE... 31

acyclovir... 12, 34

ADCIRCA... 18

ADEMPAS... 33

ADVAIR DISKUS... 33

ADVAIR HFA... 33

ALBENZA... 12

albuterol sulfate... 16

ALCOHOL SWABS... 34

alendronate... 32

alfuzosin... 16

allopurinol... 32

ALPHAGAN P... 25

alprazolam... 20

amantadine hcl... 20

amiodarone... 18

AMITIZA... 26

amitriptyline... 20

amlodipine-benazepril... 18

ammonium lactate... 34

amoxapine... 20

amoxicillin... 12

amoxicillin-pot clavulanate... 12

AMPYRA... 32

anagrelide... 17

anastrozole... 15

ANDROGEL... 28

ANORO ELLIPTA... 16

aprepitant... 26

APRISO... 26

ARALAST NP... 33

ARISTADA... 20

ARNUITY ELLIPTA... 33

atenolol... 18

atorvastatin... 18

atropine... 25

AURYXIA... 24

azelastine... 25

AZILECT... 20

AZOPT... 25

aztreonam... 12

B

baciim... 12

bacitracin... 12

baclofen... 16

balsalazide... 26

BD SAFETYGLIDE INSULIN
SYRINGE... 24

BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE...
24

BELSOMRA... 20

benztropine... 20

BEPREVE... 25

BESIVANCE... 25

BETASERON... 32

BETHKIS... 12

BEVESPI AEROSPHERE... 16

bicalutamide... 15

BIDIL... 18

BILTRICIDE... 12

BINOSTO... 32

BOOSTRIX TDAP... 15

BREO ELLIPTA... 33

BRILINTA... 17

brimonidine... 25

bromocriptine... 20

BROVANA... 16

bumetanide... 24

bupap... 20

buprenorphine hcl... 21

bupropion hcl... 21

buspirone... 21	chloramphenicol sod succinate... 12	COREG CR... 18
butorphanol tartrate... 21	chlorhexidine gluconate... 25	CORLANOR... 18
BYDUREON... 28	chlorthalidone... 24	COSENTYX... 34
BYETTA... 28	chorionic gonadotropin, human... 28	CREON... 27
BYSTOLIC... 18		CRIXIVAN... 12
C	ciclopirox... 34	cromolyn... 33
calcitonin (salmon)... 28	cilostazol... 17	CUPRIMINE... 28
calcitriol... 35	cimetidine... 27	cyclobenzaprine... 16
CANASA... 26	CINRYZE... 32	CYCLOSET... 21
CANCIDAS... 12	ciprofloxacin hcl... 12	cyclosporine modified... 32
CARAFATE... 27	citalopram... 21	cyproheptadine... 15
carbidopa-levodopa... 21	clemastine... 15	D
cartia xt... 18	CLEOCIN... 34	DALIRESP... 34
CAYSTON... 12	clindamycin hcl... 12	danazol... 28
cefaclor... 12	clindamycin phosphate... 12	dantrolene... 16
cefdinir... 12	CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE... 24	dapsone... 12
cefepime... 12	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 24	daptomycin... 12
cefotetan... 12	clonazepam... 21	DARAPRIM... 12
cefoxitin... 12	clonidine hcl... 18	DENAVIR... 34
ceftriaxone... 12	clonidine... 18	DESCOVY... 12
cefuroxime axetil... 12	clopidogrel... 17	desipramine... 21
celecoxib... 21	clotrimazole... 34	desloratadine... 15
CELONTIN... 21	COLCRYS... 32	desmopressin... 28
cephalexin... 12	colistin (colistimethate na)... 12	desonide... 34
CERDELGA... 32	COMBIGAN... 25	desoximetasone... 34
CEREZYME... 25	COMBIVENT RESPIMAT... 16	DEXILANT... 27
cetirizine... 14	COPAXONE... 32	dexmethylphenidate... 21
CHANTIX... 16		

dextroamphetamine-amphetamine... 21	ELIDEL... 35	finasteride... 32
diazepam... 21	ELIQUIS... 17	FIRAZYR... 32
diclofenac sodium... 21	ELITEK... 25	FLOVENT DISKUS... 34
dicloxacillin... 12	ELMIRON... 32	FLOVENT HFA... 34
dicyclomine... 16	EMBEDA... 21	fluconazole... 13
DIFICID... 13	EMEND... 27	flucytosine... 13
digoxin... 18	ENBREL SURECLICK... 32	fluorouracil... 15
dihydroergotamine... 16	ENBREL... 32	fluoxetine... 21
diltiazem hcl... 18	endocet... 21	fluphenazine hcl... 21
diphenhydramine hcl... 15	enoxaparin... 17	fluticasone... 26
diphenoxylate-atropine... 27	entacapone... 21	fondaparinux... 17
dipyridamole... 18	ENTRESTO... 18	FORTEO... 28
disulfiram... 32	EPCLUSA... 13	furosemide... 24
dofetilide... 18	epinastine... 26	FUZEON... 13
donepezil... 16	EPIPEN JR 2-PAK... 16	G
dorzolamide... 25	EPIPEN 2-PAK... 16	gabapentin... 21
doxazosin... 18	ERYTHROCIN... 13	GAMUNEX-C... 15
doxercalciferol... 36	erythromycin... 13	gemfibrozil... 19
doxycycline hyclate... 13	ESBRIET... 34	generlac... 24
doxycycline monohydrate... 13	ESTRACE... 28	GENVOYA... 13
dronabinol... 27	ESTRING... 28	GILENYA... 32
duloxetine... 21	ethosuximide... 21	GLASSIA... 34
DUREZOL... 25	EXELON... 16	glipizide... 29
dutasteride... 32	ezetimibe... 18	GLUCAGEN HYPOKIT... 29
E	F	GLUMETZA... 29
EGRIFTA... 28	FARXIGA... 28	GLYXAMBI... 29
ELELYSO... 25	fenofibrate nanocrystallized... 18	griseofulvin microsize... 13
	fenofibrate... 18	griseofulvin ultramicrosize... 13

H

haloperidol... 21
 HARVONI... 13
 HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS
 START... 32
 HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS...
 32
 HUMIRA PEN... 32
 HUMIRA... 32
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN... 29
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN... 29
 hydralazine... 19
 hydrochlorothiazide... 24
 hydrocodone-ibuprofen... 21
 hydroxychloroquine... 13
 hydroxyzine hcl... 21
 HYPERRAB S/D (PF)... 15

I

IBRANCE... 15
 ibuprofen... 22
 ILEVRO... 26
 imipenem-cilastatin... 13
 IMOGAM RABIES-HT (PF)... 15
 INCRELEX... 29
 INCRUSE ELLIPTA... 16
 indapamide... 24
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 15

INLYTA... 15
 INVEGA SUSTENNA... 22
 INVEGA TRINZA... 22
 INVOKAMET... 29
 INVOKANA... 29
 IOPIDINE... 26
 IPOL... 16
 ipratropium bromide... 26
 ipratropium-albuterol... 16
 irbesartan... 19
 ISENTRESS... 13
 isoniazid... 13
 isosorbide mononitrate... 19
 ivermectin... 13

J

JANUMET XR... 29
 JANUMET... 29
 JANUVIA... 29
 JARDIANCE... 29
 JENTADUETO XR... 29
 JENTADUETO... 29

K

KALYDECO... 34
 KAZANO... 29
 ketorolac... 26
 kionex... 24
 klor-con m10... 24
 KLOR-CON 10... 24

KOMBIGLYZE XR... 29

KORLYM... 29

L

lactated ringers... 24
 lactulose... 24
 lansoprazole... 27
 LANTUS SOLOSTAR U-100
 INSULIN... 29
 LANTUS U-100 INSULIN... 29
 latanoprost... 26
 leflunomide... 32
 LETAIRIS... 34
 leucovorin calcium... 32
 LEVEMIR FLEXTOUCH U-100
 INSULN... 29
 LEVEMIR U-100 INSULIN... 29
 levocetirizine... 15
 levothyroxine... 29
 LIALDA... 27
 lidocaine viscous... 26
 lidocaine... 35
 lidocaine-prilocaine... 35
 lindane... 35
 linezolid in dextrose 5%... 13
 linezolid... 13
 LINZESS... 27
 lisinopril... 19
 lithium carbonate... 22

LITHOSTAT... 24
LOTEMAX... 26
loxapine succinate... 22
LUMIGAN... 26
LYRICA... 22

M

meclizine... 27
medroxyprogesterone... 30
meloxicam... 22
MENEST... 30
MENTAX... 35
meropenem... 13
mesna... 32
MESNEX... 32
MESTINON TIMESPAN... 16
metformin... 30
methimazole... 30
METHITEST... 30
methotrexate sodium... 15
methoxsalen... 35
methylprednisolone... 30
metoclopramide hcl... 27
metolazone... 25
metoprolol succinate... 19
metoprolol tartrate... 19
metronidazole... 13, 35
mexiletine... 19
midodrine... 16

migergot... 16
misoprostol... 27
modafinil... 22
moexipril-hydrochlorothiazide... 19
montelukast... 34
MULTAQ... 19
mupirocin calcium... 35
mupirocin... 35
MYALEPT... 30
mycophenolate mofetil... 33
MYRBETRIQ... 35

N

nafcillin... 13
naftifine... 35
naloxone... 22
naltrexone... 22
NAMENDA XR... 22
NAMZARIC... 22
NATACYN... 26
nateglinide... 30
NESINA... 30
NEULASTA... 17
NEUPOGEN... 17
NEUPRO... 22
NEVANAC... 26
niacin... 19
niacor... 19
nifedipine... 19

nitrofurantoin macrocrystal... 13
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 13
NITROSTAT... 19
norgestimate-ethinyl estradiol... 30
nortrel 1/35 (21)... 30
NOVOFINE AUTOCOVER... 24
NOVOFINE PLUS... 24
NOVOFINE 30... 24
NOVOFINE 32... 24
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 30
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN... 30
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 30
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 30
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 30
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 30
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 30
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 30
NOVOTWIST... 24
NUEDEXTA... 22
nystatin... 13, 35
nystatin-triamcinolone... 35

nystop... 35

O

octreotide acetate... 33

ODEFSEY... 13

OFEV... 34

omeprazole... 27

OMNITROPE... 30

ondansetron hcl... 27

ONGLYZA... 30

OPSUMIT... 34

ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 30

oseltamivir... 13

OSENI... 30

oxybutynin chloride... 35

P

pacerone... 19

paromomycin... 13

PASER... 13

PAZEO... 26

PEGINTRON REDIPEN... 13

PEGINTRON... 13

penicillin v potassium... 13, 14

pentoxifylline... 17

PERFOROMIST... 16

periogard... 26

permethrin... 35

phenelzine... 22

phenobarbital... 22

PHENYTEK... 22

phenytoin sodium extended... 22

PHOSPHOLINE IODIDE... 26

PHYSIOLYTE... 25

PICATO... 15

pilocarpine hcl... 26

pimozide... 23

pioglitazone... 30

piperacillin-tazobactam... 14

polyethylene glycol 3350... 27

polymyxin b sulfate... 14

potassium chloride... 25

potassium citrate... 25

PRADAXA... 17

PRALUENT PEN... 19

PRALUENT SYRINGE... 19

pramipexole... 23

pravastatin... 19

prednisolone acetate... 26

prednisone... 30

PREMARIN... 30

PRENATABS FA... 36

primaquine... 14

primidone... 23

probenecid... 25

probenecid-colchicine... 25

procainamide... 19

prochlorperazine... 27

PROCRIT... 17

PROGLYCEM... 31

PROLIA... 33

promethazine... 15

propafenone... 19

proparacaine... 26

propylthiouracil... 31

PULMOZYME... 34

PYLERA... 14

Q

quetiapine... 23

quinidine gluconate... 19

quinidine sulfate... 19

quinine sulfate... 14

R

raloxifene... 31

RANEXA... 19

ranitidine hcl... 27

RAPAFLO... 16

rasagiline... 23

REBIF (WITH ALBUMIN)... 33

REBIF REBIDOSE... 33

REBIF TITRATION PACK... 33

RECTIV... 35

RELENZA DISKHALER... 14

RELISTOR... 27

REMICADE... 33

REVELA... 25

repaglinide... 31
 REPATHA PUSHTRONEX... 19
 REPATHA SURECLICK... 19
 REPATHA SYRINGE... 19
 RESTASIS... 26
 ribavirin... 14
 RIDAURA... 28
 RIFATER... 14
 riluzole... 23
 rimantadine... 14
 RISPERDAL CONSTA... 23
 rivastigmine tartrate... 16
 ropinirole... 23

S

SAMSCA... 25
 SANCUSO... 27
 SAVELLA... 23
 selegiline hcl... 23
 SELZENTRY... 14
 SENSIPAR... 31
 SEREVENT DISKUS... 16
 sildenafil (antihypertensive)... 19
 silver sulfadiazine... 35
 SIMPONI... 33
 simvastatin... 19
 sodium lactate... 25
 SOMAVERT... 31
 SPIRIVA RESPIMAT... 17

SPIRIVA WITH HANDIHALER... 17
 spironolacton-hydrochlorothiaz... 19
 spironolactone... 19
 SPRYCEL... 15
 SPS (WITH SORBITOL)... 25
 STERILE GAUZE PAD... 33
 STIOLTO RESPIMAT... 17
 STRENSIQ... 25
 STRIVERDI RESPIMAT... 17
 sucralfate... 27
 sulfamethoxazole-trimethoprim... 14
 SULFAMYLON... 35
 sumatriptan succinate... 23
 SUPRAX... 14
 SUPREP BOWEL PREP KIT... 27
 SUSTIVA... 14
 SUTENT... 15
 SYMBICORT... 34
 SYMLINPEN 120... 31
 SYMLINPEN 60... 31
 SYNAGIS... 14
 SYNAREL... 31
 SYNERCID... 14
 SYNJARDY... 31
 SYNTHROID... 31
 SYPRINE... 28

T

TACLONEX... 35
 tamsulosin... 17
 TARGRETIN... 15
 TEFLARO... 14
 TEKTURN HCT... 20
 TEKTURN... 19
 telmisartan... 20
 telmisartan-hydrochlorothiazid... 20
 terazosin... 20
 terbinafine hcl... 14
 terconazole... 35
 tetracycline... 14
 THALOMID... 33
 theophylline... 35
 thioridazine... 23
 thiothixene... 23
 tigecycline... 14
 timolol maleate... 26
 TIVICAY... 14
 tizanidine... 17
 TOBI PODHALER... 14
 tobramycin-dexamethasone... 26
 tolcapone... 23
 TOUJEO SOLOSTAR U-300
 INSULIN... 31
 TOVIAZ... 35
 TRACLEER... 34

TRADJENTA... 31	VENTAVIS... 34	ZENPEP... 28
tranexamic acid... 17	VENTOLIN HFA... 17	ZETIA... 20
tranylcypromine... 23	verapamil... 20	ziprasidone hcl... 23
TRAVATAN Z... 26	VESICARE... 35	ZIRGAN... 26
trazodone... 23	VGO 20... 24	zolpidem... 23
TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 31	VGO 30... 24	ZOSTAVAX (PF)... 16
TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 31	VGO 40... 24	ZUBSOLV... 23
tretinoin... 35	VIBERZI... 28	ZYCLARA... 35
triamterene-hydrochlorothiazid... 25	VICTOZA 2-PAK... 31	
triderm... 35	VICTOZA 3-PAK... 31	
trifluridine... 26	VIGAMOX... 26	
trihexyphenidyl... 23	VOLTAREN... 23	
trilyte with flavor packets... 27	VYTORIN 10-10... 20	
	W	
TRINTELLIX... 23	warfarin... 18	
TRULICITY... 31	WELCHOL... 20	
TRUVADA... 14	X	
TUDORZA PRESSAIR... 17	XARELTO... 18	
TYPHIM VI... 16	XELJANZ XR... 33	
U	XELJANZ... 33	
ULORIC... 33	XIFAXAN... 14	
UNITHROID... 31	XIGDUO XR... 31	
ursodiol... 27	XIIDRA... 26	
V	XTAMPZA ER... 23	
valsartan-hydrochlorothiazide... 20	XTANDI... 15	
vancomycin... 14	Z	
VASCEPA... 20	zafirlukast... 34	
venlafaxine... 23	ZARXIO... 18	

La discriminación es contra la ley

Humana, Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes cualificados 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 1-800-281-6918, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han 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 1-800-281-6918 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

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

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 **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-281-6918 (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 **1-800-281-6918 (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 **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-281-6918 (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 **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-281-6918 (телетайп: 711)**.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-281-6918 (ATS : 711)**.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-281-6918 (TTY: 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。 **1-800-281-6918 (TTY : 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

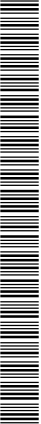
فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-281-6918 (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'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-800-281-6918 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-281-6918 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.



20180002PDGSP1825818_v19

Este formulario abreviado fue actualizado el 04/12/2018 y no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para obtener una lista completa, información más actualizada o si tiene preguntas, contacte con Humana al 1-800-457-4708 o, para los usuarios de TTY, al 711, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, tenga en cuenta que del 15 de febrero al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada los fines de semana y los feriados. Deje su nombre y número de teléfono y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día laborable, o visite español.Humana.com., o visite

Humana es un plan de Cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de AL, CA, FL, GA, IN, KY, LA, ME, MS, MO, MT, NE, NY, NC, OH, PA, SC, TN, TX, VA, and WA. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación de los contratos.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, contacte con el plan. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, y/o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

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

H0028-007; H1036-167, 168, 222, 235, 241, 243, 245, 249; H1951-032, 033, 034, 041; H2649-028, 048, 050; H3533-002, 004; H4141-003; H4461-022; H5619-003, 038, 054, 067, 075, 076, 082, 093; H6622-008, 015, 018, 024, 027, 038, 048

Humana[®] Humana.com