



Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de CarePlus
Lista de Medicamentos recetados

POR FAVOR LÉALO: ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN
ESTE PLAN.



2022



CareOne (HMO)
CareOne PLUS (HMO)
CareOne PLUS (HMO-POS)
CareFree (HMO)
CareOne PLATINUM (HMO)
CareOne PLATINUM (HMO-POS)

Este formulario fue actualizado en 12/01/2022. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al: **1-800-794-5907** o para usuarios de TTY, **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite es.careplushealthplans.com.

¡Bienvenido a CarePlus!

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta lista de medicamentos (formulario), "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a CarePlus. Del mismo modo, "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a CarePlus. Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir de diciembre de 2022. Para ver un formulario actualizado, contáctese con nosotros. En la portada y contraportada aparece nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario. En general, debe utilizar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es el formulario de CarePlus Medicare?

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

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podremos añadir o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para realizar estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Si usted usa actualmente el medicamento de marca, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de hacer ese cambio, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
 - Si realizamos un cambio de este tipo, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) decide que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los afiliados que estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas cosas. O podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. En caso de que retiremos medicamentos de nuestro formulario, o añadamos

requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento, o bien que traslademos un medicamento a un nivel superior de costos compartidos, debemos notificar a los afiliados que se vean afectados por el cambio al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio o cuando el afiliado solicite la repetición del medicamento, en cuyo caso recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

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

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

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

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2022, excepto según se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año usted no recibirá notificación directa de los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, dichos cambios podrían afectarle, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

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

El formulario adjunto está vigente a partir de diciembre de 2022. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **careplushealthplans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides**.

Puede solicitar que se le envíe por correo una Guía de medicamentos recetados impresa. Complete y envíe el formulario en **careplushealthplans.com/medicare-plans/member-directory-drug-guide** o llame a Servicios para afiliados a los números de teléfono que se indican a continuación.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, visite **careplushealthplans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides** o llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907; TTY:711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

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

Listado en orden alfabético

Si no está seguro del grupo de su medicamento, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 119. 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.

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

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

- Del nivel al que pertenece su medicamento
- Si usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red
- La etapa del pago de medicamentos en la que se encuentra. Por favor, lea su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener más información

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

Programa de ahorros en insulina

Su plan participa del Programa de ahorros en insulina, el cual proporciona copagos a su alcance y predecibles para insulinas seleccionadas a través de las tres primeras etapas de pago de medicamentos (deducible (si aplica) cobertura inicial y periodo sin cobertura) del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el Programa de ahorros en insulina, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). el cual puede ser accedido desde el portal de afiliados, **MyCarePlus**, en careplushealthplans.com/logon.

Para identificar qué insulinas seleccionadas están incluidas dentro del Programa de ahorros en insulina, busque el indicador ISP en la columna denominada Control de la utilización.

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

También puede visitar careplushealthplans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides para obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos.

Puede pedirle a CarePlus 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.

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

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos, visite

careplushealthplans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamara Servicios para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

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

Hable con su proveedor de cuidado de la salud 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.

¿Qué es un medicamento compuesto?

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Careplus?

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

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que se cubra su medicamento si no está en el formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- **Excepción a la restricción de utilización:** puede 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 se concedió aprobación para cubrir un medicamento que no estaba en el formulario. *Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en un nivel de especialidad.*

Por lo general, CarePlus solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido, 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 utilización. **Cuando usted solicita una excepción, debe presentar una declaración de su proveedor de cuidado de la salud que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración de respaldo.**

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud. Puede solicitar una excepción rápida o acelerada si usted o su proveedor de cuidado de la salud piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que

esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se autoriza su solicitud de aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud.

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

Usted puede tomar medicamentos que su plan no cubre. O, usted puede hablar con su proveedor acerca de tomar un medicamento diferente que su plan cubre, pero ese medicamento podría tener un Requisito de 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 un suministro de 30 días de su medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 30 días del medicamento) cuando usted vaya 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 se haya aprobado una excepción al formulario.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en el formulario, cubriremos hasta un suministro de 31 días, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) durante los primeros 90 días que sea afiliado de nuestro plan. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de su medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) 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, CarePlus cubrirá un suministro temporal de hasta 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D cuando surte su medicamento recetado en una farmacia. Si cambia de ámbito de tratamiento en varias ocasiones en un mismo mes, tal vez deba solicitar una excepción o autorización previa y recibir la aprobación para mantener la cobertura continuada del medicamento. CarePlus revisará las solicitudes de continuación de la terapia, caso por caso, teniendo en cuenta los riesgos que conllevaría el cambio de terapia cuando usted se encuentre estable en un régimen de medicamentos.

Extensión de transición

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

Una Política de transición está disponible en el sitio web de CarePlus, **careplushealthplans.com/medicare-plans/2022-prescription-drug-guides**, en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de CarePlus, lea su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de CarePlus, visite **es.careplushealthplans.com** o llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907; TTY:711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

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

Formulario de CarePlus

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 119.

Su plan de CarePlus tiene cobertura adicional de ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare y no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 118.

Cómo leer el formulario

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

GC - medicamentos del Nivel 1 o Nivel 2 que están cubiertos en el período sin cobertura

DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro, independientemente de la asignación de nivel.

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

LA - Acceso limitado; El plan de salud ha autorizado a determinadas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere manejo adicional, coordinación del médico o educación del paciente. Llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Agentes Óticos		
CIPRODEX 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
ciprofloxacin hcl 0.2 % DROPPERETTE MO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS MO	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION GC,MO	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	3	
Agentes Antidemencia		
donepezil 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION MO	3	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
Agentes Antiespasticidad		
baclofen 10 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 20 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	
Agentes Antigota		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE MO	3	
probenecid 500 mg TABLET MO	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET MO	3	
Agentes Antiparkinson		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE MO	4	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
benztropine 0.5 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
benztropine 1 mg TABLET GC,MO	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET MO	3	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	3	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET MO	4	
entacapone 200 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10-15-20-25-30 MG FILM DL	5	PA,QL(150 cada 30 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 PATCH, 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET GC,MO	2	
pramipexole 0.25 mg TABLET GC,MO	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
ropinirole 1 mg TABLET GC,MO	2	
RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(270 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET GC,MO	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR MO	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET MO	3	
Agentes Cardiovasculares		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE GC,MO	2	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET MO	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER MO	3	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
adenosine 3 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET MO	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET GC,MO	1	
amiodarone 100 mg TABLET MO	4	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE GC,MO	2	
amiodarone 200 mg TABLET GC,MO	2	
amiodarone 400 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-20 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
atenolol 50 mg TABLET GC,MO	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
benazepril 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril 40 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
bumetanide 1 mg TABLET GC,MO	2	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET GC,MO	1	
carvedilol phosphate 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET GC,MO	2	
chlorthalidone 50 mg TABLET GC,MO	2	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET GC,MO	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
colestipol 1 gram TABLET MO	3	
colestipol 5 gram GRANULES MO	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	4	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
DEMSER 250 MG CAPSULE DL	5	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET GC,MO	2	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	
doxazosin 4 mg TABLET GC,MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
enalapril maleate 20 mg TABLET GC,MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET GC,MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
eplerenone 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
ezetimibe 10 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET GC,MO	2	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
furosemide 80 mg TABLET GC,MO	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	4	
hydralazine 25 mg TABLET GC,MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE GC,MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET GC,MO	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	1	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
isosorbide mononitrate 30 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
isosorbide mononitrate 60 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION MO	4	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET GC,MO	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-25 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg TABLET GC,MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 50-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-25 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
lovastatin 40 mg TABLET GC,MO	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION GC,MO	2	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol succinate 100 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metoprolol succinate 25 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 37.5 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
metirosine 250 mg CAPSULE DL	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	2	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	3	
nebivolol 10 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION MO	4	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
niacin 500 mg TABLET MO	3	
niacor 500 mg TABLET MO	3	
nifedipine 30 mg TABLET ER MO	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	3	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	4	
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg/hr PATCH, 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
nitroglycerin in 5 % dextrose 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 200 mg/500 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml), 50 mg/500 ml (100 mcg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
olmesartan 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthidiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PACERONE 100 MG TABLET MO	4	
pacerone 200 mg TABLET GC,MO	2	
PACERONE 400 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER GC,MO	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
prevalite 4 gram POWDER MO	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	3	
propafenone 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
propafenone 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	4	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
propranolol 10 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	
propranolol 20 mg TABLET GC,MO	2	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET GC,MO	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
ramipril 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	1	
ramipril 10 mg CAPSULE GC,MO	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
rosuvastatin 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET GC,MO	2	
spironolactone 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
spironolactone 25 mg TABLET GC,MO	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	4	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
torsemide 20 mg TABLET GC,MO	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE GC,MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET GC,MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET GC,MO	1	
valsartan 160 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. GC,MO	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER GC,MO	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	3	ST,QL(30 cada 30 días)
Agentes De Enfermedades Óseas metabólicas		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE GC,MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	4	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION GC,MO	2	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.48 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML SOLUTION MO	3	
ibandronate 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE MO	4	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	4	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
risedronate 150 mg TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET MO	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK MO	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION MO	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION MO	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	PA,QL(100 cada 365 días)
Agentes De Enfermedades Inflamatorias Del Intestino		
balsalazide 750 mg CAPSULE MO	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	PA
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA MO	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA MO	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET GC,MO	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
Agentes De Tratamiento antiadicción/abuso De Sustancias		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET MO	4	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET MO	4	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)- 1 MG (42) TABLET, DOSE PACK MO	4	QL(56 cada 28 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET GC,MO	2	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(2 cada 30 días)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK MO	4	QL(56 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BETASERON 0.3 MG KIT DL	5	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg TABLET MO	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG, 0.5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER MO	4	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER MO	4	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(900 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 75 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	3	
RUZURGI 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
Agentes Dentales Y Orales		
cevimeline 30 mg CAPSULE MO	4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
oralone 0.1 % PASTE MO	3	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
Agentes Gastrointestinales		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
amoxicil-clarithromy-lansopraz 500-500-30 mg COMBO PACK MO	4	ST,QL(112 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET DL	5	PA
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET GC,MO	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
DEXILANT 30 MG, 60 MG CAPSULE, DR, BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg CAPSULE GC,MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
dicyclomine 20 mg TABLET GC,MO	2	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	4	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg/5 ml LIQUID MO	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
lactulose 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION GC,MO	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE GC,MO	2	
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET MO	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	1	
nizatidine 150 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
pantoprazole 40 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
propantheline 15 mg TABLET MO	4	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SOLUTION MO	4	QL(36 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE MO	4	QL(36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET MO	4	QL(90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE MO	4	QL(12 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION MO	3	
sucralfate 1 gram TABLET GC,MO	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION MO	4	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 GRAM RECON SOLUTION MO	3	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET MO	4	
trilyte with flavor packets 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
ursodiol 250 mg TABLET MO	3	
ursodiol 500 mg TABLET MO	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
Agentes Genitourinarios		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	3	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
flavoxate 100 mg TABLET GC,MO	2	
GEMTESA 75 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
oxybutynin chloride 5 mg TABLET GC,MO	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP GC,MO	2	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE GC,MO	2	
tiopronin 100 mg TABLET DL	5	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/modificadores (hormonas Sexuales/modificadores)		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
ANADROL-50 50 MG TABLET DL	5	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
bekyree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
camila 0.35 mg TABLET MO	4	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	4	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	4	
chateal (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	4	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
cyclafem 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET MO	4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL GC,MO	2	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	4	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
drosiprenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
ELLA 30 MG TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
emoquette 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT MO	4	
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
errin 0.35 mg TABLET MO	4	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY GC,MO	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg TABLET GC,MO	1	
estradiol 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	
estradiol valerate 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING MO	4	QL(1 cada 90 días)
ESTROSTEP FE-28 1-20(5)/1-30(7) /1MG-35MCG (9) TABLET MO	4	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
gianvi (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
heather 0.35 mg TABLET MO	4	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	4	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
kelnor 1-50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
larissia 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lillow (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	4	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	4	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
METHITEST 10 MG TABLET DL	5	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	4	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	4	
mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	4	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	4	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	4	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
norlyda 0.35 mg TABLET MO	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	4	
orsythia 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	4	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	3	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	3	
previfem 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	3	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
raloxifene 60 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	4	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET MO	4	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	3	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL GC,MO	2	QL(24 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-previfem (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
tulana 0.35 mg TABLET MO	4	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET MO	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	4	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	4	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	4	
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/modificadores (pituitaria)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION MO	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET MO	3	QL(180 cada 30 días)
desmopressin 0.2 mg TABLET MO	4	
desmopressin 4 mcg/ml SOLUTION MO	3	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE DL	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/modificadores (suprarenal)		
a-hydrocort 100 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION MO	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET GC,MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR GC,MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS GC,MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET GC,MO	2	
MEDROL 2 MG TABLET MO	4	BvsD
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION GC,MO	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION GC,MO	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT GC,MO	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM GC,MO	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM GC,MO	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM GC,MO	2	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION MO	4	
Agentes Hormonales, Estimulantes/de Reemplazo/modificadores (tiroides)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET GC,MO	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
levothyroxine 100 mcg RECON SOLUTION MO	4	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET GC,MO	1	
levothyroxine 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET GC,MO	1	
levothyroxine 200 mcg, 500 mcg RECON SOLUTION	5	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET GC,MO	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
SYNTHROID 75 MCG TABLET MO	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
Agentes Hormonales, Supresores (pituitaria)		
cabergoline 0.5 mg TABLET MO	4	QL(16 cada 28 días)
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE MO	4	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE MO	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT MO	4	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION MO	3	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA
TRELSTAR 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Agentes Hormonales, Supresores (suprarrenal)		
LYSODREN 500 MG TABLET DL	5	
Agentes Hormonales, Supresores (tiroides)		
methimazole 10 mg TABLET GC,MO	2	
methimazole 5 mg TABLET GC,MO	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET GC,MO	2	
Agentes Oftálmicos		
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
AKTEN (PF) 3.5 % GEL MO	4	
ALCAINE 0.5 % DROPS GC,MO	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	3	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	3	
atropine 1 % DROPS GC,MO	2	
azelastine 0.05 % DROPS GC,MO	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
betaxolol 0.5 % DROPS GC,MO	2	
brimonidine 0.15 % DROPS MO	3	
brimonidine 0.2 % DROPS GC,MO	1	
carteolol 1 % DROPS GC,MO	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT MO	4	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS GC,MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS GC,MO	1	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS GC,MO	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS GC,MO	2	
dorzolamide 2 % DROPS GC,MO	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS GC,MO	1	
DUREZOL 0.05 % DROPS MO	3	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT GC,MO	2	
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(16.6 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS GC,MO	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT GC,MO	2	
gentamicin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS GC,MO	2	
latanoprost 0.005 % DROPS GC,MO	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS GC,MO	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3 % DROPS GC,MO	2	
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT GC,MO	2	
neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	3	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT GC,MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT GC,MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
olopatadine 0.1 % DROPS MO	3	ST
olopatadine 0.2 % DROPS GC,MO	2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS MO	4	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
PRED-G S.O.P. 0.3-0.6 % OINTMENT MO	4	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS GC,MO	2	
proparacaine 0.5 % DROPS GC,MO	2	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE MO	3	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS MO	3	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS GC,MO	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS GC,MO	2	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % DROPS GC,MO	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE GC,MO	1	
tobramycin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
travoprost 0.004 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS MO	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS MO	4	QL(5 cada 30 días)
ZERVIAE 0.24 % DROPPERETTE MO	4	QL(60 cada 30 días)
Agentes Para Trastornos Del sueño		
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE DL	4	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE DL	4	QL(30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
zolpidem 10 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Agentes Para Trastornos Bipolares		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE GC,MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET GC,MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET ER GC,MO	2	
lithium carbonate 450 mg TABLET ER GC,MO	2	
Agentes antimiastrénicos		
guanidine 125 mg TABLET MO	3	
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET MO	3	
Agentes antimigrañosos		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	4	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	4	PA,QL(2 cada 30 días)
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	PA,QL(8 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR MO	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE MO	4	PA,QL(2 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET MO	3	PA,QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	2	QL(9 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg TABLET GC,MO	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE MO	4	QL(6 cada 30 días)
Agentes dermatológicos		
acutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
acutane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE MO	4	PA
adapalene 0.1 %, 0.3 % GEL MO	3	QL(45 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM GC,MO	2	
ammonium lactate 12 % LOTION GC,MO	2	
amneesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
amneesteem 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
azelaic acid 15 % GEL MO	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	4	QL(60 cada 30 días)
calcipotriene-betamethasone 0.005-0.064 % SUSPENSION MO	3	QL(420 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
CLINDAGEL 1 % GEL, ONCE DAILY DL	5	PA,QL(75 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL, ONCE DAILY MO	4	PA,QL(75 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB GC,MO	2	
clobetasol 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION MO	4	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CORTISPORIN 3.5-10,000-0.5 MG/G-UNIT/G-% CREAM MO	4	
desoximetasone 0.25 % CREAM GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
desoximetasone 0.25 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL MO	3	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB MO	3	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION MO	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 0.5 % CREAM DL	5	QL(60 cada 30 días)
fluorouracil 2 %, 5 % SOLUTION GC,MO	2	
fluorouracil 5 % CREAM MO	4	
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR GC,MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION GC,MO	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone valerate 0.2 % CREAM MO	4	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone valerate 0.2 % OINTMENT MO	4	QL(240 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET MO	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO MO	4	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM MO	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	4	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL DL	5	
mometasone 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT GC,MO	1	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM MO	3	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
procto-pak 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR GC,MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % GEL DL	5	PA
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	3	QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM GC,MO	2	
SSD 1 % CREAM GC,MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	4	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
Agentes inmunológicos		
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	3	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION DL	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL	3	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
azathioprine 50 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	4	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	3	
CELLCEPT 200 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	BvsD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE DL	5	BvsD
CELLCEPT 500 MG TABLET DL	5	BvsD
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	3	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	3	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	BvsD
ENVARUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR. MO	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET DL	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET DL	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL	3	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL	3	
gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	4	BvsD
gengraf 100 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	3	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	3	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL	3	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	3	
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	3	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION MO	3	PA
INTRON A 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
IPOLE 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	3	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SUSPENSION DL	3	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	3	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	3	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	3	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION MO	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	3	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE GC,MO	2	BvsD

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
MYFORTIC 180 MG TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
MYFORTIC 360 MG TABLET, DR/EC DL	5	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL	3	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	3	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL	3	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION DL	3	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	4	BvsD
PROGRAF 0.5 MG, 1 MG, 5 MG CAPSULE MO	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	3	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	3	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL	3	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE MO	4	
RINVOQ 15 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(56 cada 365 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	3	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	BvsD

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) SYRINGE KIT	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SYRINGE	5	PA,QL(9.96 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	3	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	3	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	3	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML SYRINGE DL	3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE MO	3	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	BvsD
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL	3	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	3	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	3	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL	3	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL	3	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	3	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 30 días)
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML SOLUTION DL	5	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	4	PA
XOLAIR 150 MG RECON SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	4	
ZORTRESS 1 MG TABLET DL	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
Agentes terapéuticos misceláneos		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
acetic acid 0.25 % SOLUTION GC,MO	2	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	4	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
BAL IN OIL 100 MG/ML SOLUTION MO	4	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	3	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
calcium disodium versenate 200 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML LIQUID DL	5	PA
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE GC,MO	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION MO	4	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
KORLYM 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lactated ringers SOLUTION GC,MO	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	4	QL(40 cada 5 días)
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
LITHOSTAT 250 MG TABLET MO	4	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
methylergonovine 0.2 mg/ml (1 ml) SOLUTION MO	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN GC,MO	1	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE GC,MO	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) MISCELLANEOUS MO	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
PAXLOVID (EUA) 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	4	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID (EUA) 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	4	QL(60 cada 10 días)
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/3", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 1/6", 31 GAUGE X 15/64", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	4	QL(30 cada 30 días)
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ribavirin 6 gram RECON SOLUTION DL	5	BvsD
ringer's SOLUTION GC,MO	1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
sodium benzoate-sod phenylacet 10-10 % SOLUTION DL	5	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION GC,MO	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION GC,MO	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE GC,MO	1	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE GC,MO	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16", 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16", 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 SYRINGE GC,MO	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
V-GO 20 DEVICE MO	3	
V-GO 30 DEVICE MO	3	
V-GO 40 DEVICE MO	3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" SYRINGE GC,MO	1	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION GC,MO	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED GC,MO	1	
Antibacterianos		
acetic acid 2 % SOLUTION GC,MO	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg, 875 mg TABLET GC,MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ampicillin 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
AUGMENTIN 500-125 MG TABLET MO	4	PA
azithromycin 1 gram PACKET MO	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
azithromycin 250 mg TABLET GC,MO	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET GC,MO	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION GC,MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK MO	3	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	4	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
cefotetan in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefepodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	4	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET MO	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO	4	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION DL	5	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL	5	
demeclocycline 150 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET GC,MO	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION GC,MO	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin 500 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	3	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	4	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL MO	3	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	4	
metronidazole 0.75 % LOTION MO	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL MO	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP MO	4	
metronidazole 250 mg TABLET GC,MO	2	
metronidazole 500 mg TABLET GC,MO	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE GC,MO	2	
mondoxylene nl 100 mg CAPSULE GC,MO	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	3	
nafcillin 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
nafcillin 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml PIGGYBACK DL	5	
nafcillin in dextrose iso-osm 2 gram/100 ml PIGGYBACK DL	5	
neomycin 500 mg TABLET MO	3	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml SUSPENSION DL	5	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	3	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 14 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(3 cada 28 días)
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
paromomycin 250 mg CAPSULE MO	4	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	3	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION MO	3	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION DL	5	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION GC,MO	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	4	
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET DL	5	QL(6 cada 28 días)
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT GC,MO	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET GC,MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET GC,MO	1	
SUPRAX 400 MG CAPSULE MO	4	
SYNERCID 500 MG RECON SOLUTION DL	5	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	5	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	3	
tobramycin 300 mg/4 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA
trimethoprim 100 mg TABLET GC,MO	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION MO	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml PIGGYBACK MO	4	
vancomycin in 0.9 % sodium chl 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
vancomycin-water inject (peg) 1.25 gram/250 ml, 1.75 gram/350 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION DL	5	
Anticonvulsivos		
APTOM 200 MG, 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTOM 600 MG, 800 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	5	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	4	
carbamazepine 200 mg TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE MO	4	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DIASTAT ACUDIAL 12.5-15-17.5-20 MG KIT DL	4	
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE MO	4	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE MO	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	3	
divalproex 125 mg, 250 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
divalproex 250 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
divalproex 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
divalproex 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
epitol 200 mg TABLET GC,MO	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	4	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION DL	5	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 400 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
gabapentin 800 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	4	
lamotrigine 100 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
lamotrigine 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK MO	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE GC,MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
levetiracetam 250 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION GC,MO	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
primidone 250 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION DL	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET GC,MO	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
topiramate 100 mg, 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE GC,MO	2	
topiramate 25 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
valproic acid 250 mg CAPSULE GC,MO	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION GC,MO	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
VIMPAT 200 MG/20 ML SOLUTION MO	4	
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
Antidepresivos		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET GC,MO	2	
amitriptyline 25 mg TABLET GC,MO	2	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET MO	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
citalopram 20 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(45 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	4	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	4	
mirtazapine 15 mg TABLET GC,MO	2	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg, 45 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
olanzapine-fluoxetine 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 20 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(90 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 40 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET MO	3	
phenelzine 15 mg TABLET GC,MO	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sertraline 100 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE GC,MO	2	
sertraline 25 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)
sertraline 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET MO	4	
trazodone 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
trazodone 150 mg TABLET GC,MO	1	
trazodone 300 mg TABLET GC,MO	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET GC,MO	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG, 20 MG, 40 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZULRESSO 5 MG/ML SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(100 cada 365 días)
Antimicobacterianos		
CAPASTAT 1 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
cycloserine 250 mg CAPSULE DL	5	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET MO	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET MO	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET MO	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET MO	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE MO	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION MO	4	
SIRTURO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(68 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SIRTURO 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(340 cada 28 días)
TRECTOR 250 MG TABLET MO	4	
Antineoplásicos		
abiraterone 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
adriamycin 10 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	3	BvsD
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	3	BvsD
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	5	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(400 cada 28 días)
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
AVASTIN 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	5	PA
bexarotene 1 % GEL DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
bexarotene 75 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
BLENREP 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION MO	3	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
BOSULIF 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	4	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	5	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	5	
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	5	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	5	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL	5	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO	4	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	5	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	4	
epirubicin 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ERLEADA 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	5	PA
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
exemestane 25 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(6 cada 21 días)
floxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION GC,MO	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION	5	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE MO	4	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	4	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
HERCEPTIN 150 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
HERCEPTIN 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
HERCEPTIN HYLECTA 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(5 cada 21 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	3	
imatinib 100 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	4	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	5	PA
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	5	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION MO	4	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LYTGOBI 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MARQIBO 5 MG/31 ML(0.16 MG/ML) FINAL KIT DL	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	5	
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET MO	4	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET MO	3	
MESNEX 400 MG TABLET DL	5	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL	5	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	5	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	5	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL	5	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION DL	5	
NUBEQA 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	5	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	4	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	3	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	5	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
PEPAXTO 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	5	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION MO	4	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE DL	5	PA
RITUXAN HYCELA 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(13.4 cada 28 días)
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	5	
sorafenib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET MO	3	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
TALZENNA 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	2	
TARGRETIN 1 % GEL DL	5	PA
TARGRETIN 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TEMODAR 100 MG RECON SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(27 cada 30 días)
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
teniposide 50 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	5	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	4	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	3	
toremifene 60 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TREANDA 100 MG, 25 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	5	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TYKERB 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
VELCADE 3.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET DL	5	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (20 MG X 5) TABLET DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4) TABLET DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (20 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
Antiparasitarios		
albendazole 200 mg TABLET MO	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET GC,MO	2	
ivermectin 3 mg TABLET MO	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	3	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	4	
mefloquine 250 mg TABLET GC,MO	2	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET DL	5	QL(40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET MO	4	
primaquine 26.3 mg TABLET MO	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET DL	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(42 cada 7 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Antivirales		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE GC,MO	1	
acyclovir 400 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	4	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER DL	5	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)
APTIVUS (WITH VITAMIN E) 100 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(285 cada 28 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE MO	3	QL(450 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	4	
etravirine 100 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 100 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	3	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 100-25 MG TABLET MO	4	QL(300 cada 30 días)
KALETRA 200-50 MG TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	4	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
maraviroc 150 mg TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	5	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(360 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PREZISTA 150 MG TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	4	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET MO	3	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET MO	3	
ritonavir 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 150 MG TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	5	
TYBOST 150 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
valganciclovir 450 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	5	QL(1056 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG, 40 MG TABLET MO	4	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG TABLET MO	4	QL(5 cada 365 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	4	QL(5 cada 30 días)
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-HBC 7% 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE GC,MO	2	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION GC,MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE GC,MO	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION GC,MO	1	
CARBAGLU 200 MG TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
clovique 250 mg CAPSULE DL	5	QL(240 cada 30 días)
complete natal dha 29-1-250-200 mg COMBO PACK MO	4	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK GC,MO	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE GC,MO	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
FREAMINE III 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION GC,MO	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	4	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	4	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET ER MO	4	
KABIVEN 3.31-9.8-3.9 % EMULSION MO	4	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-19.3 gram/60 ml SUSPENSION MO	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET GC,MO	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE GC,MO	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON- 1,000 MCG TABLET MO	4	
penicillamine 250 mg TABLET DL	5	
PERIKABIVEN 2.36-6.8-3.5 % EMULSION MO	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	4	
plenamine 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq, 8 meq TABLET ER GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 8 meq CAPSULE, ER GC,MO	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID MO	4	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID MO	4	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	4	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	4	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
preplus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PROCALAMINE 3% 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	4	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	4	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
sodium acetate 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION GC,MO	1	
sodium polystyrene (sorb free) 15 gram/60 ml SUSPENSION MO	3	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	5	QL(240 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	4	
triveen-duo dha 29-1-400 mg COMBO PACK MO	4	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
virt-c dha 35-1-200 mg CAPSULE MO	4	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
Productos Sanguíneos Y Modificadores		
AMICAR 250 MG/ML (25 %) SOLUTION DL	5	
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg TABLET DL	5	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION DL	5	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	3	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	4	
clopidogrel 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dabigatran etexilate 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	4	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET MO	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml SYRINGE MO	3	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE MO	3	QL(22.4 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml SYRINGE MO	3	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	3	QL(84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml SYRINGE MO	3	QL(11.2 cada 28 días)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION MO	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
PRADAXA 110 MG, 150 MG, 75 MG CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION MO	4	PA,QL(28 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(180 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
warfarin 5 mg TABLET GC,MO	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
Reguladores De Glucosa En La Sangre		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	
BYDUREON 2 MG/0.65 ML PEN INJECTOR MO	4	QL(4 cada 28 días)
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML AUTO-INJECTOR MO	4	QL(3.4 cada 28 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION DL	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTouch U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	3	ISP
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
glimepiride 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	1	
glimepiride 4 mg TABLET GC,MO	1	
glipizide 10 mg TABLET GC,MO	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
glipizide 2.5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
glipizide 5 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET GC,MO	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION MO	3	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET GC,MO	2	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET GC,MO	2	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION MO	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION DL	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN DL	5	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET GC,MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN GC,MO	2	ISP
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION GC,MO	2	ISP
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION GC,MO	2	ISP
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION GC,MO	2	ISP
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	3	ISP
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg, 45 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO	3	QL(15 cada 24 días),ISP
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTouch U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRESIBA FLEXTouch U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(60 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	QL(15 cada 30 días),ISP
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	3	
Relajantes Del músculo esquelético		
carisoprodol 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg TABLET GC,MO	2	
cyclobenzaprine 5 mg TABLET GC,MO	2	
methocarbamol 500 mg TABLET GC,MO	2	
methocarbamol 750 mg TABLET GC,MO	2	
vanadom 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
Tracto Respiratorio/agentes Pulmonares		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 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 FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
albuterol sulfate 2 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP GC,MO	1	
albuterol sulfate 4 mg TABLET MO	4	
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION GC,MO	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	4	QL(25.8 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) AEROSOL SPRAY GC,MO	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(30 cada 25 días)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER MO	4	QL(10.7 cada 30 días)
bosentan 125 mg, 62.5 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	BvsD
cyproheptadine 2 mg/5 ml SYRUP MO	4	
cyproheptadine 4 mg TABLET MO	4	
DALIRESP 250 MCG TABLET MO	3	QL(28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
desloratadine 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	4	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	3	QL(4 cada 30 días)
epoprostenol (glycine) 0.5 mg, 1.5 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
ESBRIET 267 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.6 cada 30 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION GC,MO	2	QL(16 cada 30 días)
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE MO	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION GC,MO	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
levalbuterol hcl 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg/5 ml SYRUP MO	4	
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	ST,QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	ST,QL(34 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
pirfenidone 801 mg TABLET	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 10 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.2 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML SYRINGE MO	3	QL(4 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 300 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
theophylline 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
wixela inhub 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
Trastorno genético O enzimático O Proteína: De Reemplazo, Modificadores, Tratamiento		
betaine 1 gram/scoop POWDER DL	5	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	5	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP POWDER DL	5	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	5	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE DL	5	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML SOLUTION DL	5	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION DL	5	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	5	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL	5	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML SOLUTION DL	5	PA
STRENSIQ 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	5	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAREL 20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	4	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
analgésicos		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM DL	4	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY DL	4	QL(4 cada 28 días)
butorphanol 1 mg/ml SOLUTION DL	4	QL(960 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml SPRAY, NON-AEROSOL DL	4	QL(5 cada 28 días)
butorphanol 2 mg/ml SOLUTION DL	4	QL(480 cada 30 días)
celecoxib 100 mg, 400 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 200 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3 % PATCH, 12 HR. MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac sodium 1 % GEL MO	3	
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
diclofenac-misoprostol 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg TABLET, IR, DR, BIPHASIC MO	4	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. DL	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 25 mcg/hr PATCH. 72 HR. DL	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION DL,GC	2	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET GC,MO	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET DL	3	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg TABLET DL	4	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET DL	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET GC,MO	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION GC,MO	2	
ibuprofen 400 mg, 600 mg TABLET GC,MO	1	
ibuprofen 800 mg TABLET GC,MO	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER GC,MO	2	
ketoprofen 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	
ketorolac 10 mg TABLET GC,MO	2	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(1800 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER DL	3	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
naproxen 500 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET MO	3	
naproxen sodium 375 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sodium 500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
naproxen sodium 750 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	4	QL(1800 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET GC,MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tramadol 100 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. DL	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET DL,GC	2	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET DL,GC	2	QL(240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. DL	3	QL(60 cada 30 días)
anestésicos		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine (pf) in d7.5w 50 mg/ml (5 %) SOLUTION GC,MO	1	
lidocaine hcl 2 % JELLY MO	3	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR GC,MO	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 SOLUTION GC,MO	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION GC,MO	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION GC,MO	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION MO	4	
ansiolíticos		
alprazolam 0.25 mg, 1 mg TABLET DL,GC	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg TABLET DL,GC	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL,GC	2	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 15 mg TABLET GC,MO	1	
buspirone 30 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	3	
clonazepam 2 mg TABLET DL	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	3	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL,GC	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL,GC	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	4	
antieméticos		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	BvsD,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY MO	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml SOLUTION GC,MO	2	
granisetron hcl 1 mg TABLET GC,MO	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION GC,MO	2	
meclizine 12.5 mg TABLET GC,MO	2	
meclizine 25 mg TABLET GC,MO	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
metoclopramide hcl 5 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
metoclopramide hcl 5 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING GC,MO	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING GC,MO	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION MO	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET GC,MO	1	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION MO	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET GC,MO	1	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION MO	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE MO	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY MO	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET MO	4	
promethazine 25 mg TABLET MO	4	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY MO	4	QL(4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY MO	3	QL(10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE MO	4	BvsD
antifúngicos		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION MO	3	BvsD
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	BvsD
caspofungin 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
caspofungin 70 mg RECON SOLUTION MO	4	
ciclodan 8 % SOLUTION GC,MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION GC,MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM GC,MO	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION GC,MO	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE GC,MO	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CRESEMBA 372 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
econazole 1 % CREAM MO	4	PA,QL(85 cada 30 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
fluconazole 150 mg TABLET GC,MO	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	4	PA
micalfungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	3	
NOXAFIL 100 MG TABLET, DR/EC DL	5	PA
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) SUSPENSION DL	5	PA,QL(840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML SOLUTION DL	5	PA
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM GC,MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION GC,MO	2	
nystatin 500,000 unit TABLET GC,MO	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT MO	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET GC,MO	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM GC,MO	2	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	3	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(400 cada 30 días)
antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	5	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg TABLET MO	3	
aripiprazole 5 mg TABLET MO	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
clozapine 100 mg TABLET MO	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET MO	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	3	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION MO	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE GC,MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET MO	4	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 5 mg TABLET MO	3	
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
quetiapine 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	PA

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1 cada 28 días)

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

• DL – Límite de despacho • GC - Período sin cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(6 cada 30 días)
VITAMINAS Y MINERALES		
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION MO	1	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION MO	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE MO	1	
folic acid 1 mg TABLET MO	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE MO	1	

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

B vs D - Parte B o Parte D • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases
 • DL – Límite de despacho • GC - Período sin.cobertura • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

A

a-hydrocort... 37	adenosine... 14	alyacen 1/35 (28)... 29
abacavir... 88	adriamycin... 76	alyacen 7/7/7 (28)... 29
abacavir-lamivudine... 88	ADVAIR DISKUS... 102	alyq... 103
abacavir-lamivudine-zidovudine... 88	ADVAIR HFA... 102	amabelz... 29
ABELCET... 112	ADVOCATE PEN NEEDLE... 52	amantadine hcl... 13
ABILIFY MAINTENA... 114	ADVOCATE SYRINGES... 52	AMBISOME... 112
abiraterone... 76	AFINITOR DISPERZ... 76	ambrientan... 103
ABOUTTIME PEN NEEDLE... 52	AFINITOR... 76	amethia lo... 29
ABRAXANE... 76	afirmelle... 29	amethia... 29
acamprosate... 24	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 43	amethyst (28)... 29
acarbose... 99	ak-poly-bac... 40	AMICAR... 97
accutane... 43	AKTEN (PF)... 40	amikacin... 63
acebutolol... 14	albendazole... 87	amiloride... 14
acetaminophen-codeine... 107	albuterol sulfate... 102, 103	amiloride-hydrochlorothiazide... 14
acetazolamide sodium... 14	ALCAINE... 40	aminocaproic acid... 97
acetazolamide... 14	ALCOHOL PADS... 52	aminophylline... 103
acetic acid... 52, 63	ALCOHOL PREP PADS... 52	AMINOSYN II 10 %... 92
acetylcysteine... 52, 102	ALCOHOL SWABS... 52	AMINOSYN II 15 %... 92
acitretin... 43	ALCOHOL WIPES... 52	AMINOSYN II 7 %... 92
ACTHIB (PF)... 47	ALECENSA... 76	AMINOSYN II 8.5 %... 92
ACTIMMUNE... 47	alendronate... 22	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 92
acyclovir sodium... 88	alfuzosin... 28	AMINOSYN M 3.5 %... 92
acyclovir... 88	ALIMTA... 76	AMINOSYN 10 %... 92
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 47	ALIQOPA... 76	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 92
adapalene... 43, 44	aliskiren... 14	AMINOSYN 8.5 %... 92
ADCETRIS... 76	allopurinol... 13	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 92
adefovir... 88	alsetron... 26	AMINOSYN-HBC 7%... 92
ADEMPAS... 102	ALPHAGAN P... 40	AMINOSYN-PF 10 %... 92
	alprazolam... 110	
	altavera (28)... 29	
	ALUNBRIG... 76	

AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 92	arformoterol... 103	AUSTEDO... 24
AMINOSYN-RF 5.2 %... 92	aripiprazole... 114	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 52
amiodarone... 14	ARISTADA INITIO... 114	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 52
amitriptyline... 73	ARISTADA... 114	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 52
amlodipine... 14	ARMOUR THYROID... 38	AUVELITY... 73
amlodipine-atorvastatin... 14	ARNUITY ELLIPTA... 103	AVASTIN... 76
amlodipine-benazepril... 14	ARRANON... 76	aviane... 29
amlodipine-olmesartan... 14	arsenic trioxide... 76	ayuna... 29
amlodipine-valsartan... 14	ARZERRA... 76	AYVAKIT... 76
ammonium lactate... 44	asenapine maleate... 114	azacitidine... 76
amnestem... 44	ashlyna... 29	azathioprine... 47
amoxapine... 73	ASPARLAS... 76	azelaic acid... 44
amoxicil-clarithromy-lansopraz... 26	aspirin-dipyridamole... 97	azelastine... 40, 103
amoxicillin... 63	ASSURE ID DUO-SHIELD... 52	azithromycin... 64
amoxicillin-pot clavulanate... 63	ASSURE ID INSULIN SAFETY... 52	aztreonam... 64
amphotericin b liposome... 112	ASSURE ID PEN NEEDLE... 52	azurette (28)... 29
amphotericin b... 112	atazanavir... 88	B
ampicillin sodium... 64	atenolol... 14	bacitracin... 40, 64
ampicillin... 64	atenolol-chlorthalidone... 14	bacitracin-polymyxin b... 40
ampicillin-sulbactam... 64	atomoxetine... 24	baclofen... 12
ANADROL-50... 29	atorvastatin... 14	BAL IN OIL... 52
anagrelide... 97	atovaquone... 87	bal-care dha... 92
anastrozole... 76	atovaquone-proguanil... 87	balsalazide... 23
apraclonidine... 40	atropine... 40	BALVERSA... 76
aprepitant... 111	ATROVENT HFA... 103	balziva (28)... 30
APRETUDE... 88	aubra eq... 29	BAND-AID GAUZE PADS... 52
apri... 29	aubra... 29	BAQSIMI... 99
APTOM... 69	AUGMENTIN... 64	BARACLUDE... 88
APTIVUS (WITH VITAMIN E)... 88	aurovela fe 1.5/30 (28)... 29	BAVENCIO... 76
APTIVUS... 88	aurovela fe 1-20 (28)... 29	BCG VACCINE, LIVE (PF)... 47
aranelle (28)... 29	aurovela 1.5/30 (21)... 29	BD ALCOHOL SWABS... 52
ARCALYST... 47	aurovela 1/20 (21)... 29	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 52
	aurovela 24 fe... 29	

BD ECLIPSE LUER-LOK... 52	BENDEKA... 76	BRAFTOVI... 77
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 53	BENLYSTA... 47	BREO ELLIPTA... 103
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 53	benztropine... 13	BREZTRI AEROSPHERE... 103
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK... 53	BESPONSA... 76	briellyn... 30
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 53	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 40	BRILINTA... 97
BD INSULIN SYRINGE U-500... 53	betaine... 106	brimonidine... 40
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 53	betamethasone acet,sod phos... 37	BRIVIACT... 69
BD INSULIN SYRINGE... 53	betamethasone dipropionate... 44	bromocriptine... 13
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 53	betamethasone valerate... 44	BROVANA... 103
BD LO-DOSE ULTRA-FINE... 53	betamethasone, augmented... 44	BRUKINSA... 77
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 53	BETASERON... 25	budesonide... 23, 103
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 53	betaxolol... 40	bumetanide... 15
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 53	bethanechol chloride... 28	bupivacaine (pf)... 110
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 53	BEVESPI AEROSPHERE... 103	bupivacaine hcl... 110
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 53	bexarotene... 76, 77	buprenorphine hcl... 24
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 53	BEXSERO... 47	buprenorphine... 107
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 53	bicalutamide... 77	buprenorphine-naloxone... 24
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 53	BICILLIN C-R... 64	bupropion hcl (smoking deter)... 24
BD ULTRA-FINE VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 53	BICILLIN L-A... 64	bupropion hcl... 73
BD ULTRA-FINE VEO INSULIN SYRINGE UF... 53	BICNU... 77	buspirone... 110
bekyree (28)... 30	BIKTARVY... 88	busulfan... 77
BELBUCA... 107	bisoprolol fumarate... 15	BUSULFEX... 77
BELEODAQ... 76	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15	BUTALBITAL-ACETAMINOP-CAF-COD... 53
BELSOMRA... 42	BLEREP... 77	butalbitol-acetaminophen-caff... 53
benazepril... 15	bleomycin... 77	butorphanol... 107
benazepril-hydrochlorothiazide... 15	blisovi fe 1.5/30 (28)... 30	BYDUREON BCISE... 99
	blisovi fe 1/20 (28)... 30	BYDUREON... 99
	blisovi 24 fe... 30	C
	BOOSTRIX TDAP... 47	c-nate dha... 92
	BORDERED GAUZE... 53	CABENUVA... 88
	BORTEZOMIB... 77	cabergoline... 38
	bosentan... 103	CABLIVI... 97
	BOSULIF... 77	CABOMETYX... 77

cafeine citrate... 53	CARETOUCH PEN NEEDLE... 54	celecoxib... 107
calcipotriene... 44	carglumic acid... 93	CELLCEPT INTRAVENOUS... 47
calcipotriene-betamethasone... 44	carisoprodol... 102	CELLCEPT... 47
calcitonin (salmon)... 22	carmustine... 77	CELONTIN... 69
calcitriol... 22	carteolol... 40	cephalexin... 65
calcium acetate(phosphat bind)... 92	cartia xt... 15	CERDELGA... 106
calcium chloride... 93	carvedilol phosphate... 15	CEREZYME... 106
calcium disodium versenate... 53	carvedilol... 15	cetirizine... 103
calcium gluconate... 93	caspofungin... 112	cevimeline... 26
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 77	CAYSTON... 103	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX... 24
CALQUENCE... 77	caziant (28)... 30	CHANTIX STARTING MONTH BOX... 24
camila... 30	cefaclor... 64	CHANTIX... 24
camrese lo... 30	cefadroxil... 64	charlotte 24 fe... 30
camrese... 30	cefazolin in dextrose (iso-os)... 64	chateal (28)... 30
CAMZYOS... 15	cefazolin... 64	chateal eq (28)... 30
candesartan... 15	cefdinir... 64	CHEMET... 93
candesartan-hydrochlorothiazid... 15	cefepime in dextrose 5 %... 64	CHENODAL... 26
CAPASTAT... 75	cefepime in dextrose,iso-osm... 64	chloramphenicol sod succinate... 65
CAPLYTA... 114	cefepime... 64	chlorhexidine gluconate... 26
CAPRELSA... 77	cefixime... 64	chloroquine phosphate... 87
captopril... 15	cefotaxime... 64	chlorothiazide sodium... 15
captopril-hydrochlorothiazide... 15	cefotetan in dextrose, iso-osm... 64	chlorpromazine... 114
CARBAGLU... 93	cefotetan... 64	chlorthalidone... 15
carbamazepine... 69	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 65	CHOLBAM... 106
carbidopa-levodopa... 13	cefoxitin... 64	cholestyramine (with sugar)... 15
carbidopa-levodopa-entacapone... 13	cefprozil... 65	cholestyramine light... 15
carboplatin... 77	ceftazidime in d5w... 65	cholestyramine-aspartame... 15
CAREFINE PEN NEEDLE... 54	ceftazidime... 65	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 36
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 54	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 65	ciclodan... 112
CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 54	ceftriaxone... 65	ciclopirox... 112
	cefuroxime axetil... 65	cidofovir... 88
	cefuroxime sodium... 65	

cilostazol... 97	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 93	colistin (colistimethate na)... 66
CILOXAN... 40		COMBIGAN... 40
CIMDUO... 88	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 93	COMBIPATCH... 30
cimetidine hcl... 26	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 93	COMBIVENT RESPIMAT... 103
cimetidine... 26	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 93	COMETRIQ... 77
cinacalcet... 22	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 93	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 54
CIPRODEX... 12	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 93	COMFORT EZ PEN NEEDLES... 54
ciprofloxacin hcl... 12, 40, 65	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 93	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE... 54
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 65	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 93	COMPLERA... 88
ciprofloxacin-dexamethasone... 12	CLINISOL SF 15 %... 93	complete natal dha... 93
cisplatin... 77	CLINOLIPID... 93	compro... 111
citalopram... 73	clobazam... 69	constulose... 26
cladribine... 77	clobetasol... 44	COPAXONE... 25
claravis... 44	clobetasol-emollient... 44	COPIKTRA... 77
clarithromycin... 65	clofarabine... 77	CORLANOR... 16
CLEOCIN... 65	CLOLAR... 77	CORLOPAM... 16
CLICKFINE PEN NEEDLE... 54	clomipramine... 73	CORTISPORIN... 45
CLINDAGEL... 44	clonazepam... 110	COSENTYX (2 SYRINGES)... 47
clindamycin hcl... 65	clonidine hcl... 15	COSENTYX PEN (2 PENS)... 47
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 65	clonidine... 15	COSENTYX PEN... 47
clindamycin in 5 % dextrose... 65	clopidogrel... 97	COSENTYX... 47
clindamycin pediatric... 65	clorazepate dipotassium... 111	COSMEGEN... 77
clindamycin phosphate... 44, 65, 66	clotrimazole... 112	COTELLIC... 77
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 93	clotrimazole-betamethasone... 112	CREON... 106
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 93	clovique... 93	CRESEMBA... 112, 113
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 93	clozapine... 114	CRIXIVAN... 88
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 93	COARTEM... 87	cromolyn... 40, 103
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 93	colestipol... 16	cryselle (28)... 30
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 93		CRYSVITA... 106
		CURITY ALCOHOL SWABS... 54
		CURITY GAUZE... 54
		cyanocobalamin (vitamin b-12)... 118

cyclafem 1/35 (28)... 30	dasetta 7/7/7 (28)... 30	dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 93
cyclafem 7/7/7 (28)... 30	daunorubicin... 78	dextrose 10 % in water (d10w)... 93
cyclobenzaprine... 102	DAURISMO... 78	dextrose 20 % in water (d20w)... 93
cyclophosphamide... 77, 78	daysee... 30	dextrose 25 % in water (d25w)... 93
cycloserine... 75	deblitane... 30	dextrose 30 % in water (d30w)... 94
cyclosporine modified... 47	decitabine... 78	dextrose 40 % in water (d40w)... 94
cyclosporine... 47	deferasirox... 93	dextrose 5 % in water (d5w)... 94
cyproheptadine... 103	DELSTRIGO... 88	dextrose 5 %-lactated ringers... 94
CYRAMZA... 78	demeclocycline... 66	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 94
cyred eq... 30	DEMSE... 16	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 94
cyred... 30	DENG VAXIA (PF)... 48	dextrose 50 % in water (d50w)... 94
CYSTADANE... 106	DEPO-ESTRADIOL... 30	dextrose 70 % in water (d70w)... 94
CYSTAGON... 106	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 30	DIACOMIT... 69
CYSTARAN... 40	DERMACEA... 54	DIASTAT ACUDIAL... 70
cytarabine (pf)... 78	DESCOVY... 88	diazepam intensol... 111
cytarabine... 78	desipramine... 73	diazepam... 70, 111
D	desloratadine... 103	diazoxide... 99
dabigatran etexilate... 98	desmopressin... 36	diclofenac epolamine... 107
dacarbazine... 78	desog-e.estradiol/e.estradiol... 30	diclofenac sodium... 40, 45, 107
dactinomycin... 78	desogestrel-ethinyl estradiol... 30	diclofenac-misoprostol... 107
dalfampridine... 25	desoximetasone... 45	dicloxacillin... 66
DALIRESP... 103	desvenlafaxine succinate... 73	dicyclomine... 26
danazol... 30	dexamethasone intensol... 37	didanosine... 88
dantrolene... 13	dexamethasone sodium phos (pf)... 37	DIFICID... 66
DANYELZA... 78	dexamethasone sodium phosphate... 37, 40	digitek... 16
dapsone... 75	dexamethasone... 37	digox... 16
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 47	DEXILANT... 26	digoxin... 16
daptomycin... 66	dexmethylphenidate... 25	dihydroergotamine... 43
darifenacin... 28	dexrazoxane hcl... 78	DILANTIN EXTENDED... 70
DARZALEX FASPRO... 78	dextroamphetamine sulfate... 25	DILANTIN INFATABS... 70
DARZALEX... 78	dextroamphetamine-amphetamine... 25	DILANTIN... 70
dasetta 1/35 (28)... 30		

DILANTIN-125... 70	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 54	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 55
dilt-xr... 16	DROPLET INSULIN SYRINGE... 54	EASY TOUCH PEN NEEDLE... 55
diltiazem hcl... 16	DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 55	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 55
dimethyl fumarate... 25	DROPLET PEN NEEDLE... 55	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 56
diphenhydramine hcl... 103	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 55	EASY TOUCH UNI-SLIP... 56
diphenoxylate-atropine... 26	DROPSAFE PEN NEEDLE... 55	EASY TOUCH... 55
dipyridamole... 98	drospirenone-ethinyl estradiol... 30	ec-naproxen... 107
disulfiram... 24	DROXIA... 55	econazole... 113
DIURIL... 16	DUAVEE... 31	EDURANT... 88
divalproex... 70	duloxetine... 73	efavirenz... 88, 89
DOCEFREZ... 78	DUPIXENT PEN... 48	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 89
docetaxel... 78	DUPIXENT SYRINGE... 48	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 89
dodex... 118	DUREZOL... 40	EGRIFTA SV... 36
dofetilide... 16	dutasteride... 28	electrolyte-48 in d5w... 94
DOJOLVI... 54	dutasteride-tamsulosin... 28	ELELYSO... 106
dolishale... 30	d10 %-0.45 % sodium chloride... 93	ELIGARD (3 MONTH)... 38
donepezil... 12	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 93	ELIGARD (4 MONTH)... 38
dorzolamide... 40	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 93	ELIGARD (6 MONTH)... 39
dorzolamide-timolol... 40	d5 %-0.45 % sodium chloride... 93	ELIGARD... 38
dotti... 30	E	elinest... 31
DOVATO... 88	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 55	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 98
doxazosin... 16	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 55	ELIQUIS... 98
doxepin... 111	EASY COMFORT PEN NEEDLES... 55	ELLA... 31
doxercalciferol... 22, 23	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 55	ELMIRON... 28
doxorubicin... 78	EASY GLIDE PEN NEEDLE... 55	eluryng... 31
doxorubicin, peg-liposomal... 78	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 55	ELZONRIS... 78
doxy-100... 66	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 55	EMCYT... 78
doxycycline hyclate... 66	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 55	EMGALITY PEN... 43
doxycycline monohydrate... 66	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 55	EMGALITY SYRINGE... 43
DRIZALMA SPRINKLE... 73		emoquette... 31
dronabinol... 111		
droperidol... 114		

EMPLICITI... 78	EPRONTIA... 70	EUTHYROX... 38
EMSAM... 73	ERBITUX... 78	everolimus (antineoplastic)... 79
emtricitabine... 89	ergocalciferol (vitamin d2)... 118	everolimus (immunosuppressive)... 48
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 89	ergotamine-caffeine... 43	EVOMELA... 79
EMTRIVA... 89	ERIVEDGE... 78	EVOTAZ... 89
enalapril maleate... 16	ERLEADA... 79	EXEL INSULIN... 56
enalapril-hydrochlorothiazide... 16	erlotinib... 79	exemestane... 79
enalaprilat... 16	errin... 31	EXKIVITY... 79
ENBREL MINI... 48	ertapenem... 66	EYSUVIS... 40
ENBREL SURECLICK... 48	ERWINAZE... 79	ezetimibe... 16
ENBREL... 48	ery pads... 45	ezetimibe-simvastatin... 16
endocet... 107	ERYTHROCIN... 66	F
ENDOMETRIN... 31	erythromycin lactobionate... 66	falmina (28)... 31
ENERGIX-B (PF)... 48	erythromycin with ethanol... 45	famciclovir... 89
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)... 48	erythromycin... 40, 66	famotidine (pf)... 27
ENHERTU... 78	ESBRIET... 104	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 27
enoxaparin... 98	escitalopram oxalate... 73, 74	famotidine... 27
enpresse... 31	esomeprazole magnesium... 26, 27	FANAPT... 115
enskyce... 31	estradiol valerate... 31	FARXIGA... 99
ENSTILAR... 45	estradiol... 31	FARYDAK... 79
entacapone... 13	estradiol-norethindrone acet... 31	FASENRA PEN... 104
entecavir... 89	ESTRING... 31	felbamate... 70
ENTRESTO... 16	ESTROSTEP FE-28... 31	felodipine... 17
enulose... 26	ethacrynate sodium... 16	femynor... 31
ENVARUS XR... 48	ethambutol... 75	fenofibrate micronized... 17
EPCLUSA... 89	ethosuximide... 70	fenofibrate nanocrystallized... 17
EPIDIOLEX... 70	ethynodiol diac-eth estradiol... 31	fenofibrate... 17
epinephrine... 104	etodolac... 108	fenofibric acid... 17
epirubicin... 78	etonogestrel-ethinyl estradiol... 31	fentanyl citrate (pf)... 108
epitol... 70	ETOPOPHOS... 79	fentanyl citrate... 108
EPIVIR HBV... 89	etoposide... 79	fentanyl... 108
eplerenone... 16	etravirine... 89	fesoterodine... 28
epoprostenol (glycine)... 104	EULEXIN... 79	

FETZIMA... 74	flurbiprofen sodium... 41	GAUZE PAD... 56
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 99	flurbiprofen... 108	gavilyte-c... 27
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 99	flutamide... 79	gavilyte-g... 27
FIASP U-100 INSULIN... 99	fluticasone propion-salmeterol... 104	gavilyte-n... 27
finasteride... 28	fluticasone propionate... 45, 104	GAVRETO... 79
fingolimod... 25	fluvastatin... 17	GAZYVA... 79
FINTEPLA... 70	fluvoxamine... 74	gemcitabine... 79
FIRDAPSE... 25	folic acid... 118	gemfibrozil... 17
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 39	FOLOTYN... 79	GEMTESA... 28
FIRMAGON... 39	formoterol fumarate... 104	generlac... 27
flavoxate... 28	FORTEO... 23	gengraf... 48
flecainide... 17	fosamprenavir... 89	gentak... 41
FLOVENT DISKUS... 104	fosinopril... 17	gentamicin in nacl (iso-osm)... 66
FLOVENT HFA... 104	fosinopril-hydrochlorothiazide... 17	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 66
floxuridine... 79	fosphenytoin... 70	gentamicin sulfate (pf)... 66
fluconazole in nacl (iso-osm)... 113	FOTIVDA... 79	gentamicin... 41, 66
fluconazole... 113	FREAMINE III 10 %... 94	GENVOYA... 89
flucytosine... 113	FREESTYLE PRECISION... 56	gianvi (28)... 31
fludarabine... 79	FULPHILA... 98	GILENYA... 25
fludrocortisone... 37	fulvestrant... 79	GILOTRIF... 79
flumazenil... 56	furosemide... 17	glatiramer... 25
flunisolide... 104	FUZEON... 89	glatopa... 25
fluocinolone and shower cap... 45	FYCOMPA... 70	glimepiride... 99
fluocinolone... 45	G	glipizide... 99
fluocinonide... 45		glipizide-metformin... 100
fluocinonide-e... 45	gabapentin... 70	GLUCAGEN HYPOKIT... 100
fluocinonide-emollient... 45	galantamine... 12	glyburide micronized... 100
fluorometholone... 41	GAMUNEX-C... 48	glyburide... 100
fluorouracil... 45, 79	GARDASIL 9 (PF)... 48	glyburide-metformin... 100
fluoxetine... 74	gatifloxacin... 41	GLYCOPHOS... 94
fluphenazine decanoate... 115	GATTEX ONE-VIAL... 27	glycopyrrolate... 27
fluphenazine hcl... 115	GATTEX 30-VIAL... 27	GLYXAMBI... 100
	GAUZE BANDAGE... 56	granisetron (pf)... 111

granisetron hcl... 111
 griseofulvin microsize... 113
 griseofulvin ultramicrosize... 113
 guanfacine... 17, 25
 guanidine... 43
 GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 100
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 100
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 100
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 100
 GVOKE... 100

H

HAEGARDA... 48
 hailey fe 1.5/30 (28)... 31
 hailey fe 1/20 (28)... 31
 hailey 24 fe... 31
 hailey... 31
 HALAVEN... 79
 haloperidol decanoate... 115
 haloperidol lactate... 115
 haloperidol... 115
 HARVONI... 89
 HAVRIX (PF)... 48
 HEALTHWISE INSULIN SYRINGE... 56
 HEALTHWISE PEN NEEDLE... 56
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP... 56
 heather... 31
 HECTOROL... 23
 heparin (porcine)... 98
 heparin, porcine (pf)... 98
 HERCEPTIN HYLECTA... 79
 HERCEPTIN... 79
 HETLIOZ LQ... 42

HETLIOZ... 42
 HIBERIX (PF)... 48
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS
 START... 48
 HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL
 HS... 48
 HUMIRA PEN... 48
 HUMIRA... 48
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER... 49
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS...
 49
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 49
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL
 HS... 49
 HUMIRA(CF) PEN... 49
 HUMIRA(CF)... 48, 49
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN... 100
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN... 100
 hydralazine... 17
 hydrochlorothiazide... 17
 hydrocodone-acetaminophen...
 108
 hydrocodone-ibuprofen... 108
 hydrocortisone valerate... 45
 hydrocortisone... 23, 45
 hydrocortisone-acetic acid... 12
 hydromorphone... 108
 hydroxychloroquine... 87
 hydroxyurea... 79
 hydroxyzine hcl... 111
 hydroxyzine pamoate... 104
 HYFTOR... 45

I

ibandronate... 23
 IBRANCE... 79, 80
 ibu... 108
 ibuprofen... 108
 ibutilide fumarate... 17
 icatibant... 49
 iclevia... 31
 ICLUSIG... 80
 idarubicin... 80
 IDHIFA... 80
 ifosfamide... 80
 ILEVRO... 41
 imatinib... 80
 IMBRUVICA... 80
 IMFINZI... 80
 imipenem-cilastatin... 66
 imipramine hcl... 74
 imipramine pamoate... 74
 imiquimod... 46
 IMJUDO... 80
 IMLYGIC... 80
 IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 49
 incassia... 31
 INCONTROL ALCOHOL PADS... 56
 INCONTROL PEN NEEDLE... 56
 INCRELEX... 36
 indapamide... 17
 indomethacin... 108
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 49
 INGREZZA INITIATION PACK... 25
 INGREZZA... 25
 INLYTA... 80

INQOVI... 80
 INREBIC... 80
 INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 56
 INSULIN SYRINGE MICROFINE... 56
 INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 56
 INSULIN SYRINGE... 56
 INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 56
 INSUPEN... 57
 INTELENCE... 89
 INTRALIPID... 94
 INTRON A... 49
 INVEGA HAFYERA... 115
 INVEGA SUSTENNA... 115
 INVEGA TRINZA... 115
 INVIRASE... 89
 INVOKAMET XR... 100
 INVOKAMET... 100
 INVOKANA... 100
 IONOSOL-B IN D5W... 94
 IONOSOL-MB IN D5W... 94
 IPOL... 49
 ipratropium bromide... 104
 ipratropium-albuterol... 104
 irbesartan... 17
 irbesartan-hydrochlorothiazide... 17
 IRESSA... 80
 irinotecan... 80
 ISENTRESS HD... 90
 ISENTRESS... 89, 90
 isibloom... 32
 ISOLYTE S PH 7.4... 94
 ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 94

ISOLYTE-S... 94
 isoniazid... 75
 isosorbide dinitrate... 17
 isosorbide mononitrate... 18
 isotretinoin... 46
 isradipine... 18
 ISTODAX... 80
 ISUPREL... 18
 itraconazole... 113
 IV PREP WIPES... 57
 ivermectin... 87
 IXEMPRA... 80
 IXIARO (PF)... 49

J

jaimiess... 32
 JAKAFI... 80
 jantoven... 98
 JANUMET XR... 100
 JANUMET... 100
 JANUVIA... 100
 JARDIANCE... 100
 jasmiel (28)... 32
 javygtor... 106
 JEMPERLI... 80
 jencycla... 32
 JENTADUETO XR... 100
 JENTADUETO... 100
 JEVTANA... 80
 jolessa... 32
 juleber... 32
 JULUCA... 90
 junel fe 1.5/30 (28)... 32
 junel fe 1/20 (28)... 32

junel fe 24... 32
 junel 1.5/30 (21)... 32
 junel 1/20 (21)... 32

K

K-TAB... 94
 KABIVEN... 94
 KADCYLA... 80
 KALETRA... 90
 kalliga... 32
 KALYDECO... 104
 KANJINTI... 80
 kariva (28)... 32
 kelnor 1-50 (28)... 32
 kelnor 1/35 (28)... 32
 KERENDIA... 18
 KESIMPTA PEN... 25
 ketoconazole... 113
 ketoprofen... 108
 ketorolac... 41, 108
 KEVZARA... 49
 KEYTRUDA... 80
 KIMMTRAK... 80
 KINRIX (PF)... 49
 kionex (with sorbitol)... 94
 KISQALI FEMARA CO-PACK... 81
 KISQALI... 81
 klor-con m10... 94
 Klor-CON M15... 94
 klor-con m20... 94
 Klor-CON 10... 94
 Klor-CON 8... 94
 KOMBIGLYZE XR... 100
 KORLYM... 57

KOSELUGO... 81	LENVIMA... 81	lidocaine hcl... 110
KRINTAFEL... 87	lessina... 32	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 18
kurvelo (28)... 32	letrozole... 81	lidocaine viscous... 110
KYNMOBI... 13	leucovorin calcium... 81	lidocaine... 110
KYPROLIS... 81	LEUKERAN... 81	lidocaine-epinephrine... 110
L	leuprolide (3 month)... 39	lidocaine-prilocaine... 110
l norgest/e.estradiol-e.estrad... 32	leuprolide... 39	lillow (28)... 33
labetalol... 18	levabuterol hcl... 104	lincomycin... 67
lacosamide... 70	levabuterol tartrate... 104	lindane... 46
lactated ringers... 57, 94	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN... 100	linezolid in dextrose 5%... 67
lactulose... 27	LEVEMIR U-100 INSULIN... 100	linezolid... 67
LAGEVRIO (EUA)... 57	levetiracetam in nacl (iso-os)... 71	linezolid-0.9% sodium chloride... 67
lamivudine... 90	levetiracetam... 71	LINZESS... 27
lamivudine-zidovudine... 90	LEVO-T... 38	liothyronine... 38
lamotrigine... 70, 71	levobunolol... 41	LIPOFEN... 18
LAMPIT... 87	levocarnitine (with sugar)... 94	lisinopril... 18
lanreotide... 39	levocarnitine... 94	lisinopril-hydrochlorothiazide... 18
lansoprazole... 27	levocetirizine... 104	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 57
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 100	levofloxacin in d5w... 67	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 57
LANTUS U-100 INSULIN... 100	levofloxacin... 66, 67	lithium carbonate... 43
larin fe 1.5/30 (28)... 32	levoleucovorin calcium... 81	LITHOSTAT... 57
larin fe 1/20 (28)... 32	levonest (28)... 32	lo-zumandimine (28)... 33
larin 1.5/30 (21)... 32	levonorg-eth estrad triphasic... 32	LOCOID LIPOCREAM... 46
larin 1/20 (21)... 32	levonorgestrel-ethinyl estrad... 32	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 33
larin 24 fe... 32	levora-28... 32	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 33
larissia... 32	levothyroxine... 38	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 33
latanoprost... 41	LEVOXYL... 38	LOESTRIN 1/20 (21)... 33
LATUDA... 115	LEVULAN... 81	lojaimiess... 33
ledipasvir-sofosbuvir... 90	LEXIVA... 90	LOKELMA... 94
leena 28... 32	LIBTAYO... 81	LONSURF... 81
leflunomide... 49	lidocaine (pf) in d7.5w... 110	loperamide... 27
lenalidomide... 81	lidocaine (pf)... 18	lopinavir-ritonavir... 90

lorazepam intensol... 111	magnesium sulfate in d5w... 95	MENQUADFI (PF)... 49
lorazepam... 111	magnesium sulfate in water... 95	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 49
LORBRENA... 81	magnesium sulfate... 94, 95	mercaptopurine... 82
loryna (28)... 33	malathion... 46	meropenem... 67
losartan... 18	mannitol 10 %... 18	meropenem-0.9% sodium chloride... 67
losartan-hydrochlorothiazide... 18	mannitol 20 %... 18	mesalamine... 23, 24
LOTEMAX SM... 41	mannitol 25 %... 18	MESNEX... 82
lovastatin... 18	mannitol 5 %... 18	metaproterenol... 104
low-ogestrel (28)... 33	maraviroc... 90	metformin... 100, 101
loxapine succinate... 115	MARGENZA... 82	methadone intensol... 109
LUMAKRAS... 81	marlissa (28)... 33	methadone... 108, 109
LUMIGAN... 41	MARPLAN... 74	methazolamide... 18
LUMOXITI... 81	MARQIBO... 82	methenamine hippurate... 67
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 39	MATULANE... 82	methimazole... 40
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 39	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 57	METHITEST... 33
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 39	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 57	methocarbamol... 102
LUPRON DEPOT... 39	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 57	methotrexate sodium (pf)... 49
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 39	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 57	methotrexate sodium... 49
LUPRON DEPOT-PED... 39	meclizine... 111	methoxsalen... 46
lutera (28)... 33	MEDROL... 37	methscopolamine... 27
LYBALVI... 115	medroxyprogesterone... 33	methyldopa... 18
lyleq... 33	mefloquine... 87	methyldopa-hydrochlorothiazide... 18
lyllana... 33	megestrol... 33	methylergonovine... 57
LYNPARZA... 81	MEKINIST... 82	methylphenidate hcl... 25
LYSODREN... 40	MEKTOVI... 82	methylprednisolone acetate... 37
LYTGOBI... 82	meloxicam... 108	methylprednisolone sodium succ... 37
lyza... 33	melphalan hcl... 82	methylprednisolone... 37
M	melphalan... 82	metipranolol... 41
M-M-R II (PF)... 49	memantine... 12	metoclopramide hcl... 111
m-natal plus... 94	MENACTRA (PF)... 49	metolazone... 18
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 57	MENEST... 33	metoprolol succinate... 18, 19
MAGELLAN SYRINGE... 57		

metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 19	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE... 57	NAMZARIC... 12
metoprolol tartrate... 19	MONOJECT INSULIN SYRINGE... 58	naproxen sodium... 109
metronidazole in nacl (iso-os)... 67	MONOJECT SYRINGE... 58	naproxen... 109
metronidazole... 67	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 58	naratriptan... 43
metyrosine... 19	montelukast... 104, 105	NARCAN... 24
micafungin... 113	morphine concentrate... 109	NASONEX... 105
miconazole-3... 113	morphine... 109	NATACYN... 41
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE... 57	MOUNJARO... 101	NATAZIA... 34
microgestin fe 1.5/30 (28)... 33	MOVANTIK... 27	nateglinide... 101
microgestin fe 1/20 (28)... 33	moxifloxacin... 41, 67	NATPARA... 23
microgestin 1.5/30 (21)... 33	MOZOBIL... 98	NAYZILAM... 71
microgestin 1/20 (21)... 33	MULTAQ... 19	neбиволol... 19
microgestin 24 fe... 33	mupirocin... 46	NEBUPENT... 87
midodrine... 19	MUTAMYCIN... 82	necon 0.5/35 (28)... 34
mili... 33	MVASI... 82	nefazodone... 74
mimvey... 33	MYALEPT... 27	nelarabine... 82
MINI ULTRA-THIN II... 57	mycophenolate mofetil (hcl)... 50	neo-polycin hc... 41
minocycline... 67	mycophenolate mofetil... 49, 50	neo-polycin... 41
minoxidil... 19	mycophenolate sodium... 50	neomycin... 67
MIRCETTE (28)... 33	MYFORTIC... 50	neomycin-bacitracin-poly-hc... 41
mirtazapine... 74	MYLOTARG... 82	neomycin-bacitracin-polymyxin... 41
misoprostol... 27	myorisan... 46	neomycin-polymyxin b-dexameth... 41
MITIGARE... 13	MYRBETRIQ... 28	neomycin-polymyxin-gramicidin... 41
mitomycin... 82	N	
mitoxantrone... 82	nabumetone... 109	neomycin-polymyxin-hc... 12, 41
modafinil... 42	nadolol... 19	NEONATAL COMPLETE... 95
moexipril... 19	nafcillin in dextrose iso-osm... 67	NEONATAL PLUS VITAMIN... 95
molindone... 115	nafcillin... 67	NEONATAL-DHA... 95
mometasone... 46, 104	nalmefene... 24	NERLYNX... 82
mondoxyne nl... 67	naloxone... 24	NEULASTA ONPRO... 98
MONJUVI... 49	naltrexone... 24	NEULASTA... 98
mono-lynyah... 33		NEUPRO... 13

nevirapine... 90	norgestimate-ethinyl estradiol... 34	NOVOPEN ECHO... 58
NEXAVAR... 82	norlyda... 34	NOVOTWIST... 58
NEXLETOL... 19	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 95	NOXAFIL... 113
NEXLIZET... 19	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 95	NUBEQA... 82
NEXTERONE... 19	NORMOSOL-R PH 7.4... 95	NUCALA... 105
niacin... 19	NORMOSOL-R... 95	NUDEXTA... 25
niacor... 19	nortrel 0.5/35 (28)... 34	NUPLAZID... 115
NICOTROL NS... 24	nortrel 1/35 (21)... 34	NUTRILIPID... 95
nifedipine... 19	nortrel 1/35 (28)... 34	NUZYRA... 67
nikki (28)... 34	nortrel 7/7/7 (28)... 34	nyamyc... 113
nilutamide... 82	nortriptyline... 74	nylia 1/35 (28)... 34
nimodipine... 19	NORVIR... 90	nylia 7/7/7 (28)... 34
NINLARO... 82	NOVOFINE AUTOCOVER... 58	nymyo... 34
NIPENT... 82	NOVOFINE PLUS... 58	nystatin... 113
nisoldipine... 19	NOVOFINE 32... 58	nystatin-triamcinolone... 113
nitazoxanide... 87	NOVOLIN N FLEXPEN... 101	nystop... 113
nitisinone... 106	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 101	O
nitrofurantoin macrocrystal... 67	NOVOLIN R FLEXPEN... 101	O-CAL PRENATAL... 95
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 67	NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN... 101	ocella... 34
nitrofurantoin... 67	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 101	octreotide acetate... 39
nitroglycerin in 5 % dextrose... 20	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 101	ODEFSEY... 90
nitroglycerin... 19, 20	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 101	ODOMZO... 82
NITROSTAT... 20	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 101	OFEV... 105
NIVESTYM... 98	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 101	ofloxacin... 12, 41, 68
nizatidine... 27	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 101	olanzapine... 115, 116
nora-be... 34	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 101	olanzapine-fluoxetine... 74
norepinephrine bitartrate... 20		olmesartan... 20
noreth-ethinyl estradiol-iron... 34		olmesartan-amlodipin-hcthidiazid... 20
norethindrone (contraceptive)... 34		olmesartan-hydrochlorothiazide... 20
norethindrone ac-eth estradiol... 34		olopatadine... 41
norethindrone acetate... 34		omega-3 acid ethyl esters... 20
norethindrone-e.estradiol-iron... 34		

omeprazole... 27	OSPHEA... 34	peg 3350-electrolytes... 27
omeprazole-sodium bicarbonate... 27	OTEZLA STARTER... 46	peg-electrolyte soln... 28
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)... 58	OTEZLA... 46	PEGASYS... 50
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 58	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 68	PEMAZYRE... 83
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 58	oxacillin... 68	pemetrexed disodium... 83
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 58	oxaliplatin... 82, 83	pemetrexed... 83
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)... 58	oxandrolone... 34	PEN NEEDLE... 58
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 58	oxazepam... 111	PEN NEEDLE, DIABETIC... 58
OMNITROPE... 37	oxcarbazepine... 71	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY... 58
ONCASPAR... 82	oxybutynin chloride... 28, 29	penicillamine... 95
ondansetron hcl (pf)... 112	oxycodone... 109	penicillin g pot in dextrose... 68
ondansetron hcl... 112	oxycodone-acetaminophen... 109	penicillin g potassium... 68
ondansetron... 111, 112	oxycodone-aspirin... 109	penicillin g procaine... 68
ONGLYZA... 101	OZEMPIC... 101	penicillin g sodium... 68
ONIVYDE... 82	P	penicillin v potassium... 68
ONUREG... 82	PACERONE... 20	PENTACEL (PF)... 50
OPDIVO... 82	paclitaxel protein-bound... 83	PENTAM... 87
OPDUALAG... 82	paclitaxel... 83	pentamidine... 87
OPSUMIT... 105	PADCEV... 83	PENTIPS... 58
oralone... 26	paliperidone... 116	pentoxifylline... 20
ORBACTIV... 68	pamidronate... 23	PEPAXTO... 83
ORGOVYX... 39	PANRETIN... 83	PERFOROMIST... 105
ORKAMBI... 105	pantoprazole... 27	PERIKABIVEN... 95
orsythia... 34	paraplatin... 83	perindopril erbumine... 20
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 34	paricalcitol... 23	periogard... 26
oseltamivir... 90	paroex oral rinse... 26	PERJETA... 83
OSMITROL 10 %... 20	paromomycin... 68	permethrin... 46
OSMITROL 15 %... 20	paroxetine hcl... 74	perphenazine... 116
OSMITROL 20 %... 20	PASER... 75	perphenazine-amitriptyline... 74
OSMITROL 5 %... 20	PAXIL... 74	PERSERIS... 116
	PAXLOVID (EUA)... 58	pfizerpen-g... 68
	PEDIARIX (PF)... 50	phenelzine... 74
	PEDVAX HIB (PF)... 50	phenobarbital... 71

PHENYTEK... 71	posaconazole... 113	prednisone intensol... 37
phenytoin sodium extended... 71	potassium acetate... 95	prednisone... 37
phenytoin sodium... 71	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 95	pregabalin... 25, 26
phenytoin... 71	potassium chloride in lr-d5... 96	PREHEVBRIO (PF)... 50
philith... 34	potassium chloride in water... 96	PREMARIN... 35
PHOSPHOLINE IODIDE... 41	potassium chloride in 0.9%nacl... 95	PREMASOL 10 %... 96
PHYSIOLYTE... 58	potassium chloride in 5 % dex... 96	PRENATA... 96
PHYSIOSOL IRRIGATION... 58	potassium chloride... 95	PRENATABS FA... 96
PIFELTRO... 90	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 96	prenatal plus (calcium carb)... 96
pilocarpine hcl... 26, 41	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 96	prenatal plus vitamin-mineral... 96
pimecrolimus... 46	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 96	PRENATE ELITE... 96
pimozide... 116	potassium chloride-0.45 % nacl... 96	preplus... 96
pimtrea (28)... 34	potassium citrate... 96	prevalite... 20
pioglitazone... 101	POTELIGEO... 83	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 58
PIP PEN NEEDLE... 58	pr natal 400 ec... 96	previfem... 35
piperacillin-tazobactam... 68	pr natal 400... 96	PREVYMIS... 90
PIQRAY... 83	pr natal 430 ec... 96	PREZCOBIX... 90
pirfenidone... 105	pr natal 430... 96	PREZISTA... 90, 91
pirmella... 34	PRADAXA... 98	PRIFTIN... 75
piroxicam... 109	pramipexole... 13	primaquine... 87
PLASMA-LYTE A... 95	prasugrel... 98	primidone... 71
PLASMA-LYTE 148... 95	pravastatin... 20	PRIMSOL... 68
plenamine... 95	praziquantel... 87	PRIORIX (PF)... 50
podofilox... 46	prazosin... 20	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 59
POLIVY... 83	PRED-G S.O.P.... 42	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 59
polocaine... 110	PRED-G... 42	PRO COMFORT PEN NEEDLE... 59
polocaine-mpf... 110	prednisolone acetate... 42	probenecid... 13
polycin... 41	prednisolone sodium phosphate... 37, 42	probenecid-colchicine... 13
polymyxin b sulf-trimethoprim... 41	prednisolone... 37	procainamide... 20
polymyxin b sulfate... 68		PROCALAMINE 3%... 96
POMALYST... 83		prochlorperazine edisylate... 112
portia 28... 34		
PORTRAZZA... 83		

prochlorperazine maleate... 112	pyrimethamine... 87	RETACRIT... 99
prochlorperazine... 112	PYRUKYND... 99	RETEVMO... 83
PROCRT... 98	Q	RETROVIR... 91
procto-med hc... 46	QINLOCK... 83	REVCovi... 106
procto-pak... 46	QUADRACEL (PF)... 50	REVLIMID... 83
proctosol hc... 46	QUARTETTE... 35	REXULTI... 116
proctozone-hc... 46	quetiapine... 116	REYATAZ... 91
PRODIGY INSULIN SYRINGE... 59	quinapril... 21	REZUROCK... 50
progesterone micronized... 35	quinapril-hydrochlorothiazide... 21	RHOPHYLAC... 50
progesterone... 35	quinidine sulfate... 21	RHOPRESSA... 42
PROGRAF... 50	quinine sulfate... 87	RIABNI... 83
PROLASTIN-C... 106	R	ribavirin... 59, 91
PROLEUKIN... 83	RABAVERT (PF)... 50	rifabutin... 75
PROLIA... 23	rabeprazole... 28	rifampin... 75
PROMACTA... 98, 99	raloxifene... 35	riluzole... 26
promethazine... 112	ramipril... 21	rimantadine... 91
propafenone... 20	ranolazine... 21	ringer's... 59, 96
propantheline... 28	rasagiline... 13	RINVOQ... 50
proparacaine... 42	RAYALDEE... 23	risedronate... 23
propranolol... 20, 21	reclipsen (28)... 35	RISPERDAL CONSTA... 116
propranolol-hydrochlorothiazid... 21	RECOMBIVAX HB (PF)... 50	risperidone... 116
propylthiouracil... 40	RECTIV... 59	ritonavir... 91
PROQUAD (PF)... 50	REGANEX... 46	RITUXAN HYCELA... 83
PROSOL 20 %... 96	RELENZA DISKHALER... 91	RITUXAN... 83
protamine... 59	RELION NEEDLES... 59	rivastigmine tartrate... 12
protriptyline... 74	RELION PEN NEEDLES... 59	rivastigmine... 12
PULMOZYME... 105	RELISTOR... 28	rivelsa... 35
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 59	repaglinide... 101	rizatriptan... 43
PURE COMFORT PEN NEEDLE... 59	REPATHA PUSHTRONEX... 21	ROCKLATAN... 42
PURIXAN... 83	REPATHA SURECLICK... 21	roflumilast... 105
PYLERA... 28	REPATHA SYRINGE... 21	romidepsin... 83, 84
pyrazinamide... 75	RESTASIS MULTIDOSE... 42	ropinirole... 13
pyridostigmine bromide... 43	RESTASIS... 42	ropivacaine (pf)... 110

rosuvastatin... 21	selenium sulfide... 46	sodium phenylbutyrate... 106
ROTARIX... 50	SELZENTRY... 91	sodium phosphate... 97
ROTATEQ VACCINE... 50	sertraline... 75	sodium polystyrene (sorb free)... 97
roweepra xr... 72	setlakin... 35	sodium polystyrene sulfonate... 97
roweepra... 71	sevelamer carbonate... 96	sodium,potassium,mag sulfates... 28
ROZLYTREK... 84	sharobel... 35	solifenacin... 29
RUBRACA... 84	SHINGRIX (PF)... 50	SOLQUA 100/33... 101
rufinamide... 72	SIGNIFOR... 39	SOLTAMOX... 84
RUKOBIA... 91	sildenafil (pulm.hypertension)... 105	SOLU-MEDROL (PF)... 38
RUXIENCE... 84	sildenafil... 118	SOLU-MEDROL... 37
RUZURGI... 26	silodosin... 29	SOMATULINE DEPOT... 39
RYBELSUS... 101	silver sulfadiazine... 46	SOMAVERT... 39
RYBREVANT... 84	simliya (28)... 35	sorafenib... 84
RYDAPT... 84	simpesse... 35	sorbitol-mannitol... 59
RYLAZE... 84	SIMULECT... 50	sorine... 21
RYTARY... 13, 14	simvastatin... 21	sotalol af... 21
S	sirolimus... 51	sotalol... 21
SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 59	SIRTURO... 75, 76	SPIRIVA RESPIMAT... 105
SAFETY PEN NEEDLE... 59	SIVEXTRO... 68	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 105
sajazir... 50	SKY SAFETY PEN NEEDLE... 59	spironolacton-hydrochlorothiaz... 21
SANCUSO... 112	SKYRIZI... 51	spironolactone... 21
SANDIMMUNE... 50	SLYND... 35	sprintec (28)... 35
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 39	SMOFLIPID... 96	SPRITAM... 72
SANTYL... 46	sodium acetate... 96	SPRYCEL... 84
sapropterin... 106	sodium benzoate-sod phenylacet... 59	SPS (WITH SORBITOL)... 97
SARCLISA... 84	sodium bicarbonate... 97	sronyx... 35
SAVELLA... 26	sodium chloride 0.45 %... 97	SSD... 46
SCEMBLIX... 84	sodium chloride 0.9 %... 97	stavudine... 91
scopolamine base... 112	sodium chloride 3 % hypertonic... 97	STELARA... 51
se-natal 19 chewable... 96	sodium chloride 5 % hypertonic... 97	STIOLTO RESPIMAT... 105
SECUADO... 116	sodium chloride... 59, 97	STIVARGA... 84
SECURESAFE PEN NEEDLE... 59		
selegiline hcl... 14		

STRENSIQ... 107	SUTAB... 28	tazarotene... 46
streptomycin... 68	syeda... 35	taztia xt... 21
STRIBILD... 91	SYLVANT... 51	TAZVERIK... 84
STRIVERDI RESPIMAT... 105	SYMBICORT... 105	TDVAX... 51
subvenite starter (blue) kit... 72	SYMDEKO... 105	TECENTRIQ... 84
subvenite starter (green) kit... 72	SYMFI LO... 91	TECFIDERA... 26
subvenite starter (orange) kit... 72	SYMFI... 91	TECHLITE INSULIN SYRINGE... 60
subvenite... 72	SYMJEPI... 105	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)... 60
SUCRAID... 107	SYMLINPEN 120... 101	TECHLITE PEN NEEDLE... 60
sucralfate... 28	SYMLINPEN 60... 101	TECVAYLI... 85
sulfacetamide sodium (acne)... 68	SYMPAZAN... 72	TEFLARO... 68
sulfacetamide sodium... 42, 68	SYMTUZA... 91	telmisartan... 21
sulfacetamide-prednisolone... 42	SYNAREL... 39	telmisartan-amlodipine... 21
sulfadiazine... 68	SYNERCID... 68	telmisartan-hydrochlorothiazid... 21
sulfamethoxazole-trimethoprim... 68	SYNJARDY XR... 101	temazepam... 42
sulfasalazine... 24	SYNJARDY... 101	TEMIXYS... 91
sulindac... 109	SYNRIBO... 84	TEMODAR... 85
sumatriptan succinate... 43	SYNTHROID... 38	temsirolimus... 85
sumatriptan... 43	T	teniposide... 85
sunitinib... 84	TABLOID... 84	TENIVAC (PF)... 51
SUPRAX... 68	TABRECTA... 84	tenofovir disoproxil fumarate... 91
SUPREP BOWEL PREP KIT... 28	tacrolimus... 46, 51	TEPMETKO... 85
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 59	tadalafil (pulm. hypertension)... 105	terazosin... 21
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 59	TAFINLAR... 84	terbinafine hcl... 113
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 59	TAGRISSO... 84	terconazole... 113, 114
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 60	TALZENNA... 84	TERUMO INSULIN SYRINGE... 60
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 60	tamoxifen... 84	testosterone cypionate... 35
SURE-FINE PEN NEEDLES... 60	tamsulosin... 29	testosterone enanthate... 35
SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 60	TARGRETIN... 84	testosterone... 35
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 60	tarina fe 1-20 eq (28)... 35	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 51
	tarina fe 1/20 (28)... 35	tetrabenazine... 26
	tarina 24 fe... 35	
	TASIGNA... 84	

THALOMID... 85	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 101	tri-lo-sprintec... 36
theophylline in dextrose 5 %... 106	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 102	tri-mili... 36
theophylline... 105	TOVIAZ... 29	tri-nymyo... 36
THINPRO INSULIN SYRINGE... 60	TPN ELECTROLYTES... 97	tri-previfem (28)... 36
thioridazine... 116	TRADJENTA... 102	tri-sprintec (28)... 36
thiotepa... 85	tramadol... 110	tri-vylibra lo... 36
thiothixene... 116	tramadol-acetaminophen... 110	tri-vylibra... 36
tiadylt er... 21	trandolapril... 22	triamcinolone acetonide... 26, 38
tiagabine... 72	trandolapril-verapamil... 22	triamterene-hydrochlorothiazid... 22
TIBSOVO... 85	tranexamic acid... 99	triderm... 38
TICOVAC... 51	tranylcypromine... 75	trientine... 97
tigecycline... 68	TRAVASOL 10 %... 97	trifluoperazine... 116
tilia fe... 35	travoprost... 42	trifluridine... 42
timolol maleate (pf)... 42	TRAZIMERA... 85	trihexyphenidyl... 14
timolol maleate... 22, 42	trazodone... 75	TRIJARDY XR... 102
tinidazole... 69	TREANDA... 85	TRIKAFTA... 106
tiopronin... 29	TRECTOR... 76	trilyte with flavor packets... 28
TIVDAK... 85	TRELEGY ELLIPTA... 106	trimethobenzamide... 112
TIVICAY PD... 91	TRELSTAR... 39	trimethoprim... 69
TIVICAY... 91	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 102	trimipramine... 75
tizanidine... 13	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 102	trinatal rx 1... 97
tobramycin sulfate... 69	TRESIBA U-100 INSULIN... 102	TRINTELLIX... 75
tobramycin with nebulizer... 69	tretinoin (antineoplastic)... 85	TRISENOX... 85
tobramycin... 42, 69	tretinoin... 46	TRIUMEQ PD... 91
tobramycin-dexamethasone... 42	TREXALL... 51	TRIUMEQ... 91
tolterodine... 29	tri femynor... 35	triveen-duo dha... 97
TOPCARE CLICKFINE... 60	tri-legest fe... 35	trivora (28)... 36
TOPCARE ULTRA COMFORT... 60	tri-lynyah... 35	TRIZIVIR... 91
topiramate... 72	tri-lo-estarylla... 35	TRODELVY... 85
topotecan... 85	tri-lo-marzia... 35	TROGARZO... 91
toremifene... 85	tri-lo-mili... 35	TROPHAMINE 10 %... 97
torseamide... 22		TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 60

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE... 61
 TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 61
 TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 61
 TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE... 61
 TRUEPLUS INSULIN... 61
 TRUEPLUS PEN NEEDLE... 61
 TRULICITY... 102
 TRUMENBA... 51
 TRUSELTIQ... 85
 TUKYSA... 85
 tulana... 36
 TURALIO... 85
 TWINRIX (PF)... 51
 TYBLUME... 36
 TYBOST... 91
 TYKERB... 85
 TYMLOS... 23
 TYPHIM VI... 51

U

UDENYCA... 99
 ULTICARE INSULIN SYRINGE... 61
 ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)... 61
 ULTICARE PEN NEEDLE... 61
 ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE... 61
 ULTICARE... 61
 ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR... 61
 ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE... 61
 ULTILET ALCOHOL SWAB... 61
 ULTILET INSULIN SYRINGE... 62

ULTILET PEN NEEDLE... 62
 ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)... 62
 ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE... 62
 ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)... 62
 ULTRA FLO INSULIN SYRINGE... 62
 ULTRA FLO PEN NEEDLE... 62
 ULTRA THIN PEN NEEDLE... 62
 ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 62
 ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL... 62
 ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES... 62
 ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE... 62
 ULTRACARE INSULIN SYRINGE... 62
 ULTRACARE PEN NEEDLE... 62
 UNIFINE PEN NEEDLE... 62
 UNIFINE PENTIPS MAXFLOW... 63
 UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW... 63
 UNIFINE PENTIPS PLUS... 63
 UNIFINE PENTIPS... 63
 UNIFINE SAFECONTROL... 63
 UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE... 63
 UNITHROID... 38
 UNITUXIN... 85
 ursodiol... 28
 UVADEX... 47

V

V-GO 20... 63
 V-GO 30... 63
 V-GO 40... 63

valacyclovir... 91
 VALCHLOR... 85
 valganciclovir... 92
 valproate sodium... 72
 valproic acid (as sodium salt)... 72
 valproic acid... 72
 valrubicin... 85
 valsartan... 22
 valsartan-hydrochlorothiazide... 22
 VALSTAR... 85
 VALTOCO... 72
 vanadom... 102
 vancomycin in dextrose 5 %... 69
 vancomycin in 0.9 % sodium chl... 69
 vancomycin... 69
 vancomycin-water inject (peg)... 69
 VANISHPOINT INSULIN SYRINGE... 63
 VANISHPOINT SYRINGE... 63
 VAQTA (PF)... 51
 varenicline... 24
 VARIVAX (PF)... 51
 VARIZIG... 51
 VASCEPA... 22
 VECTIBIX... 85
 VELCADE... 85
 velivet triphasic regimen (28)... 36
 VENCLEXTA STARTING PACK... 86
 VENCLEXTA... 86
 venlafaxine... 75
 VENTAVIS... 106
 VENTOLIN HFA... 106

verapamil... 22	VOTRIENT... 86	XOSPATA... 86
VERIFINE PEN NEEDLE... 63	VRAYLAR... 116, 117	XPOVIO... 86
VERIPRED 20... 38	vyfemla (28)... 36	XTAMPZA ER... 110
VERSACLOZ... 116	vylibra... 36	XTANDI... 86
VERZENIO... 86	VYNDAMAX... 107	xulane... 36
vestura (28)... 36	VYNDAQEL... 107	XULTOPHY 100/3.6... 102
VICTOZA 2-PAK... 102	VYXEOS... 86	XYREM... 42
VICTOZA 3-PAK... 102	VYZULTA... 42	Y
vienva... 36	W	YERVOY... 86
vigabatrin... 72	warfarin... 99	YF-VAX (PF)... 52
vigadrone... 72	water for irrigation, sterile... 63	YONDELIS... 87
VIIBRYD... 75	WEBCOL... 63	Z
vilazodone... 75	WELIREG... 86	zafemy... 36
VIMPAT... 72	wera (28)... 36	zafirlukast... 106
vinblastine... 86	wesnate dha... 97	ZALTRAP... 87
vincasar pfs... 86	westab plus... 97	ZANOSAR... 87
vincristine... 86	WINRHO SDF... 51	zarah... 36
vinorelbine... 86	wixela inhub... 106	ZARXIO... 99
violele (28)... 36	wymzya fe... 36	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 102
VIRACEPT... 92	X	ZEGALOGUE SYRINGE... 102
VIREAD... 92	XALKORI... 86	ZEJULA... 87
virt-c dha... 97	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 99	ZELBORAF... 87
virt-nate dha... 97	XARELTO... 99	zenatane... 47
VISTOGARD... 86	XATMEP... 51	ZENPEP... 107
vitamin d2... 118	XCOPRI MAINTENANCE PACK... 73	ZEPZELCA... 87
VITRAKVI... 86	XCOPRI TITRATION PACK... 73	ZERBAXA... 69
VIVITROL... 24	XCOPRI... 72, 73	ZERVIA... 42
VIZIMPRO... 86	XGEVA... 23	zidovudine... 92
VOCABRIA... 92	XIFAXAN... 28	ziprasidone hcl... 117
volnea (28)... 36	XIGDUO XR... 102	ziprasidone mesylate... 117
VONJO... 86	XOFLUZA... 92	ZIRABEV... 87
voriconazole... 114	XOLAIR... 51	ZIRGAN... 92
VOSEVI... 92		ZOKINVY... 107

ZOLADEX... 39

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl...
23

zoledronic acid... 23

zoledronic acid-mannitol-water...
23

ZOLINZA... 87

zolpidem... 42

ZONISADE... 73

zonisamide... 73

ZORTRESS... 52

zovia 1-35 (28)... 36

zovia 1/35e (28)... 36

ZTALMY... 73

ZUBSOLV... 24

ZULRESSO... 75

zumandimine (28)... 36

ZYDELIG... 87

ZYKADIA... 87

ZYNLONTA... 87

ZYPITAMAG... 22

ZYPREXA RELPREVV... 117

1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...
52

1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 52

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **CarePlus Health Plans, Inc.**
Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

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

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): નીચેના સંખ્યા સંકેતો પર કૃપા કરીને ઉપરોક્ત સંખ્યા પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โปรดติดต่อหมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com)

H1019-001, 006, 057, 098, 102, 103, 104, 110, 111, 112, 113, 120

Este formulario fue actualizado en 12/01/2022. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al 1-800-794-5907 o para usuarios de TTY, 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com).