



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



CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)

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 11. 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 11. 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 115. 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.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que empieza en la página 11.

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 a 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 115.

Su cobertura de medicamentos incluye un beneficio de ahorros en medicamentos recetados para todos los medicamentos recetados cubiertos por Medicare. Este beneficio no se aplica a los medicamentos excluidos de Medicare. Consulte la sección de medicamentos recetados adicionales de CarePlus para ver una lista de estos medicamentos excluidos. 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 114.

Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 114.

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:

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 MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION MO	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	3	
Agentes Antidemencia		
donepezil 10 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET 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 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 MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK 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 MO	1	
baclofen 20 mg TABLET MO	1	
baclofen 5 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Agentes Antigota		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET 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 MO	2	
benztropine 1 mg TABLET 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 MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	3	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg 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 MO	2	
pramipexole 0.25 mg TABLET 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 MO	2	
ropinirole 1 mg TABLET 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)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	2	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION MO	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET MO	2	
bumetanide 1 mg TABLET MO	2	
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 MO	2	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET 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. MO	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET 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 MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET MO	2	
chlorthalidone 50 mg TABLET 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 MO	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET MO	1	
colestipol 1 gram TABLET MO	3	
colestipol 5 gram GRANULES MO	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
DEMSEER 250 MG CAPSULE DL	5	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET MO	2	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION MO	2	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. 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 MO	2	
doxazosin 4 mg TABLET MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
enalapril maleate 20 mg TABLET MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION 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 MO	2	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET MO	2	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
furosemide 80 mg TABLET MO	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET MO	2	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 50 mg TABLET MO	2	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	4	
hydralazine 25 mg TABLET MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET MO	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET MO	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET MO	1	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	
isosorbide mononitrate 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
isosorbide mononitrate 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	2	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION 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 MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg TABLET MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 50-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-25 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	
lovastatin 40 mg TABLET MO	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION MO	2	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	2	
metoprolol succinate 100 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succinate 25 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(90 cada 30 días)
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	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. 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. MO	2	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION 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 MO	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
olmesartan 20 mg, 5 mg TABLET 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
olmesartan 40 mg TABLET 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 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 MO	2	
PACERONE 400 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	2	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET MO	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	2	
prevalite 4 gram POWDER MO	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION 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 MO	2	
propranolol 10 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	
propranolol 20 mg TABLET MO	2	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET MO	1	
ramipril 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ramipril 10 mg CAPSULE MO	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	
rosuvastatin 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET MO	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET MO	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET MO	2	
spironolactone 100 mg, 50 mg TABLET MO	1	
spironolactone 25 mg TABLET MO	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET 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 MO	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO	2	
torse mide 20 mg TABLET MO	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
valsartan 160 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER MO	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE MO	1	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. 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 MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	4	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION 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	
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 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 MO	1	QL(30 cada 21 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION 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 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)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA MO	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET MO	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC MO	2	
Agentes De Tratamiento antiadicción/abuso De Sustancias		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM MO	2	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
nalmeffene 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE MO	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET 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 MO	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET 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)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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. 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)
NUDEXTA 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)
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 MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
oralone 0.1 % PASTE MO	3	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH MO	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
Agentes 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 MO	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
DEXILANT 30 MG, 60 MG CAPSULE, DR, BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg CAPSULE MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
dicyclomine 20 mg TABLET 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 MO	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK 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 MO	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	2	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION MO	2	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lactulose 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION 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 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 MO	1	
nizatidine 150 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC 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 MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION MO	2	
pantoprazole 40 mg TABLET, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	2	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION 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	
sucrafate 1 gram TABLET MO	2	
sucrafate 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 MO	2	
ursodiol 250 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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. 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 MO	1	QL(30 cada 30 días)
flavoxate 100 mg TABLET 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)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET MO	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP MO	2	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	4	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elimest 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 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 MO	1	
estradiol 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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 MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
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	
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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 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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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	
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	
viorele (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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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
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 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 MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE MO	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET MO	2	
MEDROL 2 MG TABLET MO	4	BvsD
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION MO	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK 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	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM MO	2	
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 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 MO	1	
levothyroxine 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET 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 MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
Agentes Hormonales, Supresores (suprarrenal)		
LYSODREN 500 MG TABLET DL	5	
Agentes Hormonales, Supresores (tiroides)		
methimazole 10 mg TABLET MO	2	
methimazole 5 mg TABLET MO	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET MO	2	
Agentes Oftálmicos		
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
AKTEN (PF) 3.5 % GEL MO	4	
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	3	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	3	
atropine 1 % DROPS MO	2	
azelastine 0.05 % DROPS MO	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	2	
brimonidine 0.15 % DROPS MO	3	
brimonidine 0.2 % DROPS MO	1	
carteolol 1 % DROPS MO	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT MO	4	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL(5 cada 25 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cromolyn 4 % DROPS MO	1	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	2	
dorzolamide 2 % DROPS MO	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	1	
DUREZOL 0.05 % DROPS MO	3	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	2	
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT MO	2	
gentamicin 0.3 % DROPS MO	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS MO	2	
latanoprost 0.005 % DROPS MO	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3 % DROPS 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 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 MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	2	
olopatadine 0.1 % DROPS MO	3	ST
olopatadine 0.2 % DROPS MO	2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS MO	4	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO	1	
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 MO	2	
proparacaine 0.5 % DROPS 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 MO	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS MO	2	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % DROPS MO	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE MO	1	
tobramycin 0.3 % DROPS MO	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	2	
travoprost 0.004 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS MO	3	
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 5 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
Agentes Para Trastornos Bipolares		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET ER MO	2	
lithium carbonate 450 mg TABLET ER MO	2	
Agentes antimigrañosos		
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 MO	2	QL(9 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET 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 MO	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE MO	4	QL(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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Agentes dermatológicos		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 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)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM MO	2	
ammonium lactate 12 % LOTION MO	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 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 MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION MO	2	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM MO	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	4	QL(60 cada 30 días)
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 MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
CORTISPORIN 3.5-10,000-0.5 MG/G-UNIT/G-% CREAM MO	4	
desoximetasone 0.25 % CREAM 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 MO	2	
fluorouracil 5 % CREAM MO	4	
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT MO	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM MO	2	QL(240 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION MO	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone 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
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 MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION MO	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT MO	1	
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 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 MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM MO	2	
SSD 1 % CREAM MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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 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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
DENGAXIA (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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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-UVEITS-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)
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
IPOL 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 MO	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION MO	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION MO	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE MO	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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 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 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 MO	1	
acetic acid 0.25 % SOLUTION 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 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 MO	1	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE 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 MO	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN MO	1	
BAL IN OIL 100 MG/ML SOLUTION MO	4	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • 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 MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE 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 MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE 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 MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE 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 MO	2	QL(180 cada 30 días)
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION MO	1	
calcium disodium versenate 200 mg/ml SOLUTION MO	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED 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 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 MO	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 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 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 MO	1	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE 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 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 MO	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE 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 MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED 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 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 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 MO	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 MO	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED 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 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 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 MO	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE MO	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE 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 MO	1	
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 MO	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE 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 MO	1	
flumazenil 0.1 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE 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 MO	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED 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 MO	1	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE 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 MO	1	
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 MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
KORLYM 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lactated ringers SOLUTION MO	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	4	QL(40 cada 5 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 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 MO	1	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE 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 MO	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE 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 MO	1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 MO	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE MO	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE MO	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE MO	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE MO	1	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE 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 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 MO	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 MO	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	1	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED 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 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 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 MO	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED 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 MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 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 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 MO	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE 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 MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE 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 MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED 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 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 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 MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 MO	1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE 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 MO	1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE 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 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 MO	1	
ULILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	1	
ULILET 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 MO	1	
ULILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 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 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 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 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 MO	1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE MO	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE 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 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 MO	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	1	
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 MO	1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE 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 MO	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE 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 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 MO	1	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE 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 MO	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION MO	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
Antibacterianos		
acetic acid 2 % SOLUTION MO	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg, 875 mg TABLET MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	2	
ampicillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
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 MO	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK MO	3	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	4	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION 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	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	
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 MO	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION MO	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE MO	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE MO	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION MO	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET MO	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET MO	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET MO	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO	4	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	2	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE MO	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION 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 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 MO	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE 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 MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION 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 MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK MO	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION MO	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET MO	2	
levofloxacin 500 mg TABLET MO	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	3	
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 MO	2	
metronidazole 500 mg TABLET MO	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE MO	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	3	
nafcillin 1 gram, 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET 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 MO	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET 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 MO	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET MO	1	
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	
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 MO	1	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA
trimethoprim 100 mg TABLET 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		
APTiom 200 MG, 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTiom 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 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 MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
DIASAT 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 MO	2	
divalproex 250 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
divalproex 500 mg TABLET, DR/EC MO	2	
divalproex 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
epitol 200 mg TABLET MO	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
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 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 MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg TABLET MO	2	QL(180 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gabapentin 800 mg TABLET MO	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	4	
lamotrigine 100 mg TABLET MO	1	
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 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 MO	2	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 750 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION MO	2	
levetiracetam 250 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	2	
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 MO	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET MO	2	
phenytoin sodium 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	2	
primidone 250 mg, 50 mg TABLET MO	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET MO	1	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. 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 MO	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK MO	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK 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 MO	2	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE MO	2	
topiramate 25 mg TABLET MO	2	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	1	
valproic acid 250 mg CAPSULE MO	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION MO	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VIMPAT 200 MG/20 ML SOLUTION MO	4	
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 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 MO	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
Antidepresivos		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	2	
amitriptyline 25 mg TABLET 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 MO	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
citalopram 20 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 40 mg TABLET 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 MO	2	QL(60 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC MO	2	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET 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 MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE 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 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 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 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 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 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 MO	2	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 40 mg TABLET 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 MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	4	
sertraline 100 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE MO	2	
sertraline 25 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
sertraline 50 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET MO	4	
trazodone 100 mg, 50 mg TABLET MO	1	
trazodone 150 mg TABLET MO	1	
trazodone 300 mg TABLET MO	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	2	QL(90 cada 30 días)
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 MO	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
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 10. 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 • 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 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
bexarotene 75 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION 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 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 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)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ERWINAZE 10,000 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION 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 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 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 MO	2	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	2	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION 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)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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	
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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION 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
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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)
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION 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
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO	2	
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 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)
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 MO	1	
acyclovir 400 mg TABLET MO	1	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET MO	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	2	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	2	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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-lamivu-tenofovir disop 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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)
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 MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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)
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 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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)
valganciclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	3	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	5	QL(1056 cada 30 días)
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 MO	2	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	4	QL(5 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET MO	2	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE MO	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION 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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	2	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE MO	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE MO	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION MO	2	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	1	
FREAMINE III 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
GLYCOPOS 1 MMOL/ML SOLUTION 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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION MO	1	
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE MO	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK MO	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK MO	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq, 8 meq TABLET ER MO	2	
potassium chloride 10 meq, 8 meq CAPSULE, ER MO	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION 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 MO	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	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 MO	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 MO	1	
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION MO	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION MO	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION MO	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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	2	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	4	
clopidogrel 75 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
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 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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 MO	1	
warfarin 5 mg TABLET 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 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
glimepiride 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
glimepiride 4 mg TABLET MO	1	
glipizide 10 mg TABLET MO	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
glipizide 2.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
glipizide 5 mg TABLET MO	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION MO	3	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	2	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	2	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	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 MO	2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION MO	2	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
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 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 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pioglitazone 30 mg, 45 mg TABLET 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)
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	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTouch U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
TRESIBA FLEXTouch U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	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)
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 MO	2	
cyclobenzaprine 5 mg TABLET MO	2	
methocarbamol 500 mg TABLET MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methocarbamol 750 mg TABLET 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 MO	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP 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 MO	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ARNUIITY 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 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 MO	2	QL(300 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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 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 MO	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	2	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 MO	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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)
VYNDAQEL 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 MO	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 200 mg CAPSULE 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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC MO	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac-misoprostol 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg TABLET, IR, DR, BIPHASIC MO	4	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 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	2	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET 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 MO	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO	2	
ibuprofen 400 mg, 600 mg TABLET MO	1	
ibuprofen 800 mg TABLET MO	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER MO	2	
ketoprofen 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	
ketorolac 10 mg TABLET MO	2	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml 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 MO	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET MO	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
naproxen 500 mg TABLET 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)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 MO	1	
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	2	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET DL	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 MO	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine (pf) in d7.5w 50 mg/ml (5 %) SOLUTION MO	1	
lidocaine hcl 2 % JELLY MO	3	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR MO	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION MO	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION MO	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 SOLUTION MO	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION MO	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION MO	4	
ansiolíticos		
alprazolam 0.25 mg, 1 mg TABLET DL	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg TABLET DL	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL	2	QL(150 cada 30 días)
buspirona 10 mg, 15 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
buspirona 30 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	3	
clonazepam 2 mg TABLET DL	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
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	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
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 MO	2	
granisetron hcl 1 mg TABLET MO	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION MO	2	
meclizine 12.5 mg TABLET MO	2	
meclizine 25 mg TABLET MO	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metoclopramide hcl 5 mg/5 ml SOLUTION MO	2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
metoclopramide hcl 5 mg/ml SYRINGE MO	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION MO	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET 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 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 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 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 MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM MO	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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 MO	2	
fluconazole 150 mg TABLET MO	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM MO	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO MO	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	4	PA
miconazole 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 MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION MO	2	
nystatin 500,000 unit TABLET MO	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	4	
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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
terbinafine hcl 250 mg TABLET MO	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM MO	2	
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	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION MO	3	
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 MO	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE MO	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
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 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 10. 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 • 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 MO	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET MO	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg, 50 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg TABLET MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION 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 MO	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	2	
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
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. 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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 10. 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 • 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
*MEDICAMENTOS PERSONALIZADOS - CUBIERTOS A TRAVÉS DE MEDICAID		
folic acid 1 mg TABLET MO	1	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
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 de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de ahorros en medicamentos recetados.**

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). **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de ahorros en medicamentos recetados.**

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 • ISP – Programa de ahorros en insulina • LA – Acceso limitado

A

a-hydrocort... 35	adenosine... 13	alyacen 1/35 (28)... 27
abacavir... 84	adriamycin... 73	alyacen 7/7/7 (28)... 27
abacavir-lamivudine... 84	ADVAIR DISKUS... 99	alyq... 99
abacavir-lamivudine-zidovudine... 84	ADVAIR HFA... 99	amabelz... 27
ABELCET... 108	ADVOCATE PEN NEEDLE... 50	amantadine hcl... 12
ABILIFY MAINTENA... 110	ADVOCATE SYRINGES... 50	AMBISOME... 108
abiraterone... 73	AFINITOR DISPERZ... 73	ambrisentan... 99
ABOUTTIME PEN NEEDLE... 50	AFINITOR... 73	amethia lo... 28
ABRAXANE... 73	afirmelle... 27	amethia... 27
acamprosate... 22	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 41	amethyst (28)... 28
acarbose... 95	ak-poly-bac... 38	AMICAR... 94
accutane... 42	AKTEN (PF)... 38	amikacin... 61
acebutolol... 13	albendazole... 84	amiloride... 13
acetaminophen-codeine... 103	albuterol sulfate... 99	amiloride-hydrochlorothiazide... 13
acetazolamide sodium... 13	ALCAINE... 38	aminocaproic acid... 94
acetazolamide... 13	ALCOHOL PADS... 50	aminophylline... 99
acetic acid... 50, 61	ALCOHOL PREP PADS... 50	AMINOSYN II 10 %... 89
acetylcysteine... 50, 99	ALCOHOL SWABS... 50	AMINOSYN II 15 %... 89
acitretin... 42	ALCOHOL WIPES... 50	AMINOSYN II 7 %... 89
ACTHIB (PF)... 45	ALECENSA... 73	AMINOSYN II 8.5 %... 89
ACTIMMUNE... 45	alendronate... 21	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 89
acyclovir sodium... 84	alfuzosin... 27	AMINOSYN M 3.5 %... 89
acyclovir... 84	ALIMTA... 73	AMINOSYN 10 %... 89
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 45	ALIQOPA... 73	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 89
adapalene... 42	aliskiren... 13	AMINOSYN 8.5 %... 89
ADCETRIS... 73	allopurinol... 12	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 89
adefovir... 85	alsetron... 25	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 89
ADEMPAS... 99	ALPHAGAN P... 38	AMINOSYN-HBC 7%... 89
	alprazolam... 106	AMINOSYN-PF 10 %... 89
	altavera (28)... 27	
	ALUNBRIG... 73	

AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 89	arformoterol... 99	AUSTEDO... 23
AMINOSYN-RF 5.2 %... 89	aripiprazole... 110	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 50
amiodarone... 13	ARISTADA INITIO... 110	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 50
amitriptyline... 70	ARISTADA... 110	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 50
amlodipine... 13	ARMOUR THYROID... 36	AUVELITY... 70
amlodipine-atorvastatin... 13	ARNUITY ELLIPTA... 99	AVASTIN... 73
amlodipine-benazepril... 13	ARRANON... 73	aviane... 28
amlodipine-olmesartan... 13	arsenic trioxide... 73	ayuna... 28
amlodipine-valsartan... 13	ARZERRA... 73	AYVAKIT... 73
ammonium lactate... 42	asenapine maleate... 110	azacitidine... 73
amnestem... 42	ashlyna... 28	azathioprine... 45
amoxapine... 70	ASPARLAS... 73	azelaic acid... 42
amoxicil-clarithromy-lansopraz... 25	aspirin-dipyridamole... 94	azelastine... 38, 99
amoxicillin... 61	ASSURE ID DUO-SHIELD... 50	azithromycin... 61
amoxicillin-pot clavulanate... 61	ASSURE ID INSULIN SAFETY... 50	aztreonam... 61
amphotericin b liposome... 108	ASSURE ID PEN NEEDLE... 50	azurette (28)... 28
amphotericin b... 108	atazanavir... 85	B
ampicillin sodium... 61	atenolol... 13	bacitracin... 38, 61
ampicillin... 61	atenolol-chlorthalidone... 13	bacitracin-polymyxin b... 38
ampicillin-sulbactam... 61	atomoxetine... 23	baclofen... 11
ANADROL-50... 28	atorvastatin... 13	BAL IN OIL... 50
anagrelide... 94	atovaquone... 84	bal-care dha... 89
anastrozole... 73	atovaquone-proguanil... 84	balsalazide... 22
apraclonidine... 38	atropine... 38	BALVERSA... 73
aprepitant... 107	ATROVENT HFA... 99	balziva (28)... 28
APRETUDE... 85	aubra eq... 28	BAND-AID GAUZE PADS... 50
apri... 28	aubra... 28	BAQSIMI... 95
APTOM... 66	AUGMENTIN... 61	BARACLUDE... 85
APTIVUS (WITH VITAMIN E)... 85	aurovela fe 1.5/30 (28)... 28	BAVENCIO... 73
APTIVUS... 85	aurovela fe 1-20 (28)... 28	BCG VACCINE, LIVE (PF)... 45
aranelle (28)... 28	aurovela 1.5/30 (21)... 28	BD ALCOHOL SWABS... 50
ARCALYST... 45	aurovela 1/20 (21)... 28	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 50
	aurovela 24 fe... 28	

BD ECLIPSE LUER-LOK... 50	BENDEKA... 73	BRAFTOVI... 74
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 51	BENLYSTA... 45	BREO ELLIPTA... 99
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 51	benztropine... 12	BREZTRI AEROSPHERE... 99
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK... 51	BESPONSA... 73	briellyn... 28
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 51	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 38	BRILINTA... 94
BD INSULIN SYRINGE U-500... 51	betaine... 102	brimonidine... 38
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 51	betamethasone acet,sod phos... 35	BRIVIACT... 66
BD INSULIN SYRINGE... 51	betamethasone dipropionate... 42	bromocriptine... 12
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 51	betamethasone valerate... 42	BROVANA... 99
BD LO-DOSE ULTRA-FINE... 51	betamethasone, augmented... 42	BRUKINSA... 74
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 51	BETASERON... 23	budesonide... 22, 99
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 51	betaxolol... 38	bumetanide... 14
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 51	bethanechol chloride... 27	bupivacaine (pf)... 106
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 51	BEVESPI AEROSPHERE... 99	bupivacaine hcl... 106
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 51	bexarotene... 73	buprenorphine hcl... 22
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 51	BEXSERO... 45	buprenorphine... 103
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 51	bicalutamide... 74	buprenorphine-naloxone... 22
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 51	BICILLIN C-R... 61	bupropion hcl (smoking deter)... 22
BD ULTRA-FINE VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 51	BICILLIN L-A... 61	bupropion hcl... 70
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 51	BICNU... 74	buspirone... 106, 107
bekyree (28)... 28	BIKTARVY... 85	busulfan... 74
BELBUCA... 103	bisoprolol fumarate... 14	BUSULFEX... 74
BELEODAQ... 73	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 14	BUTALBITAL-ACETAMINOP-CAF-COD... 51
BELSOMRA... 40	BLEREP... 74	butalbitol-acetaminophen-caff... 51
benazepril... 13	bleomycin... 74	butorphanol... 103
benazepril-hydrochlorothiazide... 14	blisovi fe 1.5/30 (28)... 28	BYDUREON BCISE... 96
	blisovi fe 1/20 (28)... 28	BYDUREON... 95
	blisovi 24 fe... 28	C
	BOOSTRIX TDAP... 45	c-nate dha... 89
	BORDERED GAUZE... 51	CABENUVA... 85
	BORTEZOMIB... 74	cabergoline... 37
	bosentan... 99	CABLIVI... 94
	BOSULIF... 74	CABOMETYX... 74

cafeine citrate... 51	CARETOUCH PEN NEEDLE... 52	celecoxib... 103
calcipotriene... 42	carglumic acid... 89	CELLCEPT INTRAVENOUS... 45
calcipotriene-betamethasone... 42	carisoprodol... 98	CELLCEPT... 45
calcitonin (salmon)... 21	carmustine... 74	CELONTIN... 67
calcitriol... 21	carteolol... 38	cephalexin... 62
calcium acetate(phosphat bind)... 89	cartia xt... 14	CERDELGA... 102
calcium chloride... 89	carvedilol phosphate... 14	CEREZYME... 102
calcium disodium versenate... 51	carvedilol... 14	cetirizine... 99
calcium gluconate... 89	caspofungin... 108	cevimeline... 24
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 74	CAYSTON... 99	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX... 22
CALQUENCE... 74	caziant (28)... 28	CHANTIX STARTING MONTH BOX... 23
camila... 28	cefaclor... 61	CHANTIX... 22
camrese lo... 28	cefadroxil... 61	charlotte 24 fe... 28
camrese... 28	cefazolin in dextrose (iso-os)... 62	chateal (28)... 28
CAMZYOS... 14	cefazolin... 61	chateal eq (28)... 28
candesartan... 14	cefdinir... 62	CHEMET... 89
candesartan-hydrochlorothiazid... 14	cefepime in dextrose 5 %... 62	CHENODAL... 25
CAPASTAT... 72	cefepime in dextrose,iso-osm... 62	chloramphenicol sod succinate... 62
CAPLYTA... 110	cefepime... 62	chlorhexidine gluconate... 24
CAPRELSA... 74	cefixime... 62	chloroquine phosphate... 84
captopril... 14	cefotaxime... 62	chlorothiazide sodium... 14
captopril-hydrochlorothiazide... 14	cefotetan in dextrose, iso-osm... 62	chlorpromazine... 110
CARBAGLU... 89	cefotetan... 62	chlorthalidone... 14
carbamazepine... 66, 67	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 62	CHOLBAM... 102
carbidopa-levodopa... 12	cefoxitin... 62	cholestyramine (with sugar)... 14
carbidopa-levodopa-entacapone... 12	cefprozil... 62	cholestyramine light... 14
carboplatin... 74	ceftazidime in d5w... 62	cholestyramine-aspartame... 14
CAREFINE PEN NEEDLE... 51	ceftazidime... 62	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 35
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 52	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 62	ciclodan... 108
CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 52	ceftriaxone... 62	ciclopirox... 108
	cefuroxime axetil... 62	cidofovir... 85
	cefuroxime sodium... 62	

cilostazol... 94	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 90	colistin (colistimethate na)... 63
CILOXAN... 38		COMBIGAN... 38
CIMDUO... 85	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 89	COMBIPATCH... 28
cimetidine hcl... 25	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 89	COMBIVENT RESPIMAT... 100
cimetidine... 25	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 89	COMETRIQ... 74
cinacalcet... 21	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 89	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 52
CIPRODEX... 11	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 89	COMFORT EZ PEN NEEDLES... 52
ciprofloxacin hcl... 11, 38, 62	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 89	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE... 52
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 62	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 89	COMPLERA... 85
ciprofloxacin-dexamethasone... 11	CLINISOL SF 15 %... 90	complete natal dha... 90
cisplatin... 74	CLINOLIPID... 90	compro... 107
citalopram... 70	clobazam... 67	constulose... 25
cladribine... 74	clobetasol... 43	COPAXONE... 23
claravis... 42	clobetasol-emollient... 43	COPIKTRA... 74
clarithromycin... 62, 63	clofarabine... 74	CORLANOR... 15
CLEOCIN... 63	CLOLAR... 74	CORLOPAM... 15
CLICKFINE PEN NEEDLE... 52	clomipramine... 70	CORTISPORIN... 43
CLINDAGEL... 42	clonazepam... 107	COSENTYX (2 SYRINGES)... 45
clindamycin hcl... 63	clonidine hcl... 14	COSENTYX PEN (2 PENS)... 45
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 63	clonidine... 14	COSENTYX PEN... 45
clindamycin in 5 % dextrose... 63	clopidogrel... 94	COSENTYX... 45
clindamycin pediatric... 63	clorazepate dipotassium... 107	COSMEGEN... 74
clindamycin phosphate... 42, 63	clotrimazole... 108	COTELLIC... 74
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 89	clotrimazole-betamethasone... 109	CREON... 102
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 89	clovique... 90	CRESEMBA... 109
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 90	clozapine... 110	CRIXIVAN... 85
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 90	COARTEM... 84	cromolyn... 39, 100
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 90	colestipol... 14	cryselle (28)... 28
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 90		CRYSVITA... 102
		CURITY ALCOHOL SWABS... 52
		CURITY GAUZE... 52
		cyanocobalamin (vitamin b-12)... 114

cyclafem 1/35 (28)... 29
 cyclafem 7/7/7 (28)... 29
 cyclobenzaprine... 98
 cyclophosphamide... 74, 75
 cycloserine... 72
 cyclosporine modified... 46
 cyclosporine... 45
 cyproheptadine... 100
 CYRAMZA... 75
 cyred eq... 29
 cyred... 29
 CYSTADANE... 102
 CYSTAGON... 102
 CYSTARAN... 39
 cytarabine (pf)... 75
 cytarabine... 75

D

dabigatran etexilate... 94
 dacarbazine... 75
 dactinomycin... 75
 dalfampridine... 23
 DALIRESP... 100
 danazol... 29
 dantrolene... 11
 DANYELZA... 75
 dapsone... 72
 DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 46
 daptomycin... 63
 darifenacin... 27
 DARZALEX FASPRO... 75
 DARZALEX... 75
 dasetta 1/35 (28)... 29

dasetta 7/7/7 (28)... 29
 daunorubicin... 75
 DAURISMO... 75
 daysee... 29
 debilitane... 29
 decitabine... 75
 deferasirox... 90
 DELSTRIGO... 85
 demeclocycline... 63
 DEMSER... 15
 DENG VAXIA (PF)... 46
 DEPO-ESTRADIOL... 29
 DEPO-SUBQ PROVERA 104... 29
 DERMACEA... 52
 DESCOVY... 85
 desipramine... 70
 desloratadine... 100
 desmopressin... 35
 desog-e.estradiol/e.estradiol... 29
 desogestrel-ethinyl estradiol... 29
 desoximetasone... 43
 desvenlafaxine succinate... 70
 dexamethasone intensol... 35
 dexamethasone sodium phos (pf)... 35
 dexamethasone sodium phosphate... 35, 39
 dexamethasone... 35
 DEXILANT... 25
 dexmethylphenidate... 23
 dexrazoxane hcl... 75
 dextroamphetamine sulfate... 23
 dextroamphetamine-amphetamine... 23, 24

dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 90
 dextrose 10 % in water (d10w)... 90
 dextrose 20 % in water (d20w)... 90
 dextrose 25 % in water (d25w)... 90
 dextrose 30 % in water (d30w)... 90
 dextrose 40 % in water (d40w)... 90
 dextrose 5 % in water (d5w)... 90
 dextrose 5 %-lactated ringers... 90
 dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 90
 dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 90
 dextrose 50 % in water (d50w)... 90
 dextrose 70 % in water (d70w)... 90
 DIACOMIT... 67
 DIASTAT ACUDIAL... 67
 diazepam intensol... 107
 diazepam... 67, 107
 diazoxide... 96
 diclofenac epolamine... 103
 diclofenac sodium... 39, 43, 103, 104
 diclofenac-misoprostol... 104
 dicloxacillin... 63
 dicyclomine... 25
 didanosine... 85
 DIFICID... 63
 digitek... 15
 digox... 15
 digoxin... 15
 dihydroergotamine... 41
 DILANTIN EXTENDED... 67
 DILANTIN INFATABS... 67
 DILANTIN... 67

DILANTIN-125... 67	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 52	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 53
dilt-xr... 15	DROPLET INSULIN SYRINGE... 52	EASY TOUCH PEN NEEDLE... 53
diltiazem hcl... 15	DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 52	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 53
dimethyl fumarate... 24	DROPLET PEN NEEDLE... 52	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 53
diphenhydramine hcl... 100	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 52	EASY TOUCH UNI-SLIP... 53
diphenoxylate-atropine... 25	DROPSAFE PEN NEEDLE... 53	EASY TOUCH... 53
dipyridamole... 94	drospirenone-ethinyl estradiol... 29	ec-naproxen... 104
disulfiram... 23	DROXIA... 53	econazole... 109
DIURIL... 15	DUAVEE... 29	EDURANT... 85
divalproex... 67	duloxetine... 70	efavirenz... 85
DOCEFREZ... 75	DUPIXENT PEN... 46	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 85
docetaxel... 75	DUPIXENT SYRINGE... 46	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 85
dodex... 114	DUREZOL... 39	EGRIFTA SV... 35
dofetilide... 15	dutasteride... 27	electrolyte-48 in d5w... 90
DOJOLVI... 52	dutasteride-tamsulosin... 27	ELELYSO... 102
dolishale... 29	d10 %-0.45 % sodium chloride... 90	ELIGARD (3 MONTH)... 37
donepezil... 11	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 90	ELIGARD (4 MONTH)... 37
dorzolamide... 39	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 90	ELIGARD (6 MONTH)... 37
dorzolamide-timolol... 39	d5 %-0.45 % sodium chloride... 90	ELIGARD... 37
dotti... 29	E	elinest... 29
DOVATO... 85	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 53	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 94
doxazosin... 15	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 53	ELIQUIS... 94
doxepin... 107	EASY COMFORT PEN NEEDLES... 53	ELLA... 29
doxercalciferol... 21	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 53	ELMIRON... 27
doxorubicin... 75	EASY GLIDE PEN NEEDLE... 53	eluryng... 29
doxorubicin, peg-liposomal... 75	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 53	ELZONRIS... 75
doxy-100... 63	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 53	EMCYT... 75
doxycycline hyclate... 63	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 53	EMGALITY PEN... 41
doxycycline monohydrate... 63	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 53	EMGALITY SYRINGE... 41
DRIZALMA SPRINKLE... 70		emoquette... 29
dronabinol... 107		
droperidol... 111		

EMPLICITI... 75	EPRONTIA... 67	EUTHYROX... 36
EMSAM... 71	ERBITUX... 75	everolimus (antineoplastic)... 76
emtricitabine... 85	ergocalciferol (vitamin d2)... 114	everolimus (immunosuppressive)... 46
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 85	ergotamine-caffeine... 41	EVOMELA... 76
EMTRIVA... 85	ERIVEDGE... 75	EVOTAZ... 86
enalapril maleate... 15	ERLEADA... 75	EXEL INSULIN... 53
enalapril-hydrochlorothiazide... 15	erlotinib... 75	exemestane... 76
enalaprilat... 15	errin... 29	EXKIVITY... 76
ENBREL MINI... 46	ertapenem... 63	EYSUVIS... 39
ENBREL SURECLICK... 46	ERWINAZE... 76	ezetimibe... 15
ENBREL... 46	ery pads... 43	ezetimibe-simvastatin... 15
endocet... 104	ERYTHROCIN... 63	F
ENDOMETRIN... 29	erythromycin lactobionate... 63	falmina (28)... 30
ENERGIX-B (PF)... 46	erythromycin with ethanol... 43	famciclovir... 86
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)... 46	erythromycin... 39, 63	famotidine (pf)... 25
ENHERTU... 75	ESBRIET... 100	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 25
enoxaparin... 94	escitalopram oxalate... 71	famotidine... 25
enpresse... 29	esomeprazole magnesium... 25	FANAPT... 111
enskyce... 29	estradiol valerate... 30	FARXIGA... 96
ENSTILAR... 43	estradiol... 29	FARYDAK... 76
entacapone... 12	estradiol-norethindrone acet... 30	FASENRA PEN... 100
entecavir... 85	ESTRING... 30	felbamate... 67
ENTRESTO... 15	ESTROSTEP FE-28... 30	felodipine... 15
enulose... 25	ethacrynate sodium... 15	femynor... 30
ENVARUS XR... 46	ethambutol... 72	fenofibrate micronized... 15, 16
EPCLUSA... 85, 86	ethosuximide... 67	fenofibrate nanocrystallized... 16
EPIDIOLEX... 67	ethynodiol diac-eth estradiol... 30	fenofibrate... 15
epinephrine... 100	etodolac... 104	fenofibric acid... 16
epirubicin... 75	etonogestrel-ethinyl estradiol... 30	fentanyl citrate (pf)... 104
epitol... 67	ETOPOPHOS... 76	fentanyl citrate... 104
EPIVIR HBV... 86	etoposide... 76	fentanyl... 104
eplerenone... 15	etravirine... 86	fesoterodine... 27
epoprostenol (glycine)... 100	EULEXIN... 76	

FETZIMA... 71	flurbiprofen sodium... 39	GAUZE PAD... 54
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 96	flurbiprofen... 104	gavilyte-c... 25
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 96	flutamide... 76	gavilyte-g... 25
FIASP U-100 INSULIN... 96	fluticasone propion-salmeterol... 100	gavilyte-n... 25
finasteride... 27	fluticasone propionate... 43, 100	GAVRETO... 76
fingolimod... 24	fluvastatin... 16	GAZYVA... 76
FINTEPLA... 67	fluvoxamine... 71	gemcitabine... 76
FIRDAPSE... 24	folic acid... 114	gemfibrozil... 16
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 37	FOLOTYN... 76	GEMTESA... 27
FIRMAGON... 37	formoterol fumarate... 100	generlac... 25
flavoxate... 27	FORTEO... 21	gengraf... 46
flecainide... 16	fosamprenavir... 86	gentak... 39
FLOVENT DISKUS... 100	fosinopril... 16	gentamicin in nacl (iso-osm)... 64
FLOVENT HFA... 100	fosinopril-hydrochlorothiazide... 16	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 64
floxuridine... 76	fosphenytoin... 67	gentamicin sulfate (pf)... 64
fluconazole in nacl (iso-osm)... 109	FOTIVDA... 76	gentamicin... 39, 63, 64
fluconazole... 109	FREAMINE III 10 %... 90	GENVOYA... 86
flucytosine... 109	FREESTYLE PRECISION... 54	gianvi (28)... 30
fludarabine... 76	FULPHILA... 94	GILENYA... 24
fludrocortisone... 35	fulvestrant... 76	GILOTRIF... 76
flumazenil... 53	furosemide... 16	glatiramer... 24
flunisolide... 100	FUZEON... 86	glatopa... 24
fluocinolone and shower cap... 43	FYCOMPA... 67	glimepiride... 96
fluocinolone... 43	G	glipizide... 96
fluocinonide... 43		glipizide-metformin... 96
fluocinonide-e... 43	gabapentin... 67, 68	GLUCAGEN HYPOKIT... 96
fluocinonide-emollient... 43	galantamine... 11	glyburide micronized... 96
fluorometholone... 39	GAMUNEX-C... 46	glyburide... 96
fluorouracil... 43, 76	GARDASIL 9 (PF)... 46	glyburide-metformin... 96
fluoxetine... 71	gatifloxacin... 39	GLYCOPHOS... 90
fluphenazine decanoate... 111	GATTEX ONE-VIAL... 25	glycopyrrolate... 25
fluphenazine hcl... 111	GATTEX 30-VIAL... 25	GLYXAMBI... 96
	GAUZE BANDAGE... 54	granisetron (pf)... 107

granisetron hcl... 107
 griseofulvin microsize... 109
 griseofulvin ultramicrosize... 109
 guanfacine... 16, 24
 guanidine... 41
 GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 96
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 96
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 96
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 96
 GVOKE... 96

H

HAEGARDA... 46
 hailey fe 1.5/30 (28)... 30
 hailey fe 1/20 (28)... 30
 hailey 24 fe... 30
 hailey... 30
 HALAVEN... 76
 haloperidol decanoate... 111
 haloperidol lactate... 111
 haloperidol... 111
 HARVONI... 86
 HAVRIX (PF)... 46
 HEALTHWISE INSULIN SYRINGE... 54
 HEALTHWISE PEN NEEDLE... 54
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP... 54
 heather... 30
 HECTOROL... 21
 heparin (porcine)... 94
 heparin, porcine (pf)... 94
 HERCEPTIN HYLECTA... 76
 HERCEPTIN... 76
 HETLIOZ LQ... 41

HETLIOZ... 40
 HIBERIX (PF)... 46
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS
 START... 47
 HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL
 HS... 47
 HUMIRA PEN... 46
 HUMIRA... 46
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER... 47
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS...
 47
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 47
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL
 HS... 47
 HUMIRA(CF) PEN... 47
 HUMIRA(CF)... 47
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN... 96
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN... 96
 hydralazine... 16
 hydrochlorothiazide... 16
 hydrocodone-acetaminophen...
 104
 hydrocodone-ibuprofen... 104
 hydrocortisone valerate... 44
 hydrocortisone... 22, 43, 44
 hydrocortisone-acetic acid... 11
 hydromorphone... 104
 hydroxychloroquine... 84
 hydroxyurea... 76
 hydroxyzine hcl... 107
 hydroxyzine pamoate... 100
 HYFTOR... 44

I

ibandronate... 21
 IBRANCE... 76
 ibu... 104
 ibuprofen... 104
 ibutilide fumarate... 16
 icatibant... 47
 iclevia... 30
 ICLUSIG... 76
 idarubicin... 76
 IDHIFA... 77
 ifosfamide... 77
 ILEVRO... 39
 imatinib... 77
 IMBRUVICA... 77
 IMFINZI... 77
 imipenem-cilastatin... 64
 imipramine hcl... 71
 imipramine pamoate... 71
 imiquimod... 44
 IMJUDO... 77
 IMLYGIC... 77
 IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 47
 incassia... 30
 INCONTROL ALCOHOL PADS... 54
 INCONTROL PEN NEEDLE... 54
 INCRELEX... 35
 indapamide... 16
 indomethacin... 104, 105
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 47
 INGREZZA INITIATION PACK... 24
 INGREZZA... 24
 INLYTA... 77

INQOVI... 77	ISOLYTE-S... 91	junel fe 24... 30
INREBIC... 77	isoniazid... 72	junel 1.5/30 (21)... 30
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 54	isosorbide dinitrate... 16	junel 1/20 (21)... 30
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 54	isosorbide mononitrate... 16	K
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 54	isotretinoin... 44	K-TAB... 91
INSULIN SYRINGE... 54	isradipine... 16	KABIVEN... 91
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 54	ISTODAX... 77	KADCYLA... 77
INSUPEN... 54	ISUPREL... 17	KALETRA... 86
INTELENCE... 86	itraconazole... 109	kalliga... 30
INTRALIPID... 90	IV PREP WIPES... 54	KALYDECO... 101
INTRON A... 47	ivermectin... 84	KANJINTI... 77
INVEGA HAFYERA... 111	IXEMPRA... 77	kariva (28)... 30
INVEGA SUSTENNA... 111	IXIARO (PF)... 47	kelnor 1-50 (28)... 30
INVEGA TRINZA... 111	J	kelnor 1/35 (28)... 30
INVIRASE... 86	jaimiess... 30	KERENDIA... 17
INVOKAMET XR... 96	JAKAFI... 77	KESIMPTA PEN... 24
INVOKAMET... 96	jantoven... 94	ketoconazole... 109
INVOKANA... 96	JANUMET XR... 96	ketoprofen... 105
IONOSOL-B IN D5W... 90	JANUMET... 96	ketorolac... 39, 105
IONOSOL-MB IN D5W... 90	JANUVIA... 96	KEVZARA... 47
IPOL... 47	JARDIANCE... 97	KEYTRUDA... 77
ipratropium bromide... 100	jasmiel (28)... 30	KIMMTRAK... 77
ipratropium-albuterol... 100	javygtor... 102, 103	KINRIX (PF)... 47
irbesartan... 16	JEMPERLI... 77	kionex (with sorbitol)... 91
irbesartan-hydrochlorothiazide... 16	jencycla... 30	KISQALI FEMARA CO-PACK... 77, 78
IRESSA... 77	JENTADUETO XR... 97	KISQALI... 77
irinotecan... 77	JENTADUETO... 97	klor-con m10... 91
ISENTRESS HD... 86	JEVTANA... 77	KLOR-CON M15... 91
ISENTRESS... 86	jolessa... 30	klor-con m20... 91
isibloom... 30	juleber... 30	KLOR-CON 10... 91
ISOLYTE S PH 7.4... 91	JULUCA... 86	KLOR-CON 8... 91
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 91	junel fe 1.5/30 (28)... 30	KOMBIGLYZE XR... 97
	junel fe 1/20 (28)... 30	KORLYM... 54

KOSELUGO... 78	LENVIMA... 78	lidocaine hcl... 106
KRINTAFEL... 84	lessina... 31	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 17
kurvelo (28)... 30	letrozole... 78	lidocaine viscous... 106
KYNMOBI... 12	leucovorin calcium... 78	lidocaine... 106
KYPROLIS... 78	LEUKERAN... 78	lidocaine-epinephrine... 106
L	leuprolide (3 month)... 37	lidocaine-prilocaine... 106
l norgest/e.estradiol-e.estrad... 31	leuprolide... 37	lillow (28)... 31
labetalol... 17	levabuterol hcl... 101	lincomycin... 64
lacosamide... 68	levabuterol tartrate... 101	lindane... 44
lactated ringers... 54, 91	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN... 97	linezolid in dextrose 5%... 64
lactulose... 26	LEVEMIR U-100 INSULIN... 97	linezolid... 64
LAGEVRIO (EUA)... 54	levetiracetam in nacl (iso-os)... 68	linezolid-0.9% sodium chloride... 64
lamivudine... 86	levetiracetam... 68	LINZESS... 26
lamivudine-zidovudine... 86	LEVO-T... 36	liothyronine... 37
lamotrigine... 68	levobunolol... 39	LIPOFEN... 17
LAMPIT... 84	levocarnitine (with sugar)... 91	lisinopril... 17
lanreotide... 37	levocarnitine... 91	lisinopril-hydrochlorothiazide... 17
lansoprazole... 26	levocetirizine... 101	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 55
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 97	levofloxacin in d5w... 64	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 55
LANTUS U-100 INSULIN... 97	levofloxacin... 64	lithium carbonate... 41
larin fe 1.5/30 (28)... 31	levoleucovorin calcium... 78	LITHOSTAT... 55
larin fe 1/20 (28)... 31	levonest (28)... 31	lo-zumandimine (28)... 31
larin 1.5/30 (21)... 31	levonorg-eth estrad triphasic... 31	LOCOID LIPOCREAM... 44
larin 1/20 (21)... 31	levonorgestrel-ethinyl estrad... 31	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 31
larin 24 fe... 31	levora-28... 31	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 31
larissia... 31	levothyroxine... 36	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 31
latanoprost... 39	LEVOXYL... 36	LOESTRIN 1/20 (21)... 31
LATUDA... 111	LEVULAN... 78	lojaimiess... 31
ledipasvir-sofosbuvir... 86	LEXIVA... 86	LOKELMA... 91
leena 28... 31	LIBTAYO... 78	LONSURF... 78
leflunomide... 47	lidocaine (pf) in d7.5w... 106	loperamide... 26
lenalidomide... 78	lidocaine (pf)... 17	lopinavir-ritonavir... 86, 87

lorazepam intensol... 107	magnesium sulfate in d5w... 91	MENQUADFI (PF)... 47
lorazepam... 107	magnesium sulfate in water... 91	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 47
LORBRENA... 78	magnesium sulfate... 91	mercaptopurine... 79
loryna (28)... 31	malathion... 44	meropenem... 64
losartan... 17	mannitol 10 %... 17	meropenem-0.9% sodium chloride... 64
losartan-hydrochlorothiazide... 17	mannitol 20 %... 17	mesalamine... 22
LOTEMAX SM... 39	mannitol 25 %... 17	MESNEX... 79
lovastatin... 17	mannitol 5 %... 17	metaproterenol... 101
low-ogestrel (28)... 31	maraviroc... 87	metformin... 97
loxapine succinate... 111	MARGENZA... 78	methadone intensol... 105
LUMAKRAS... 78	marlissa (28)... 31	methadone... 105
LUMIGAN... 39	MARPLAN... 71	methazolamide... 17
LUMOXITI... 78	MARQIBO... 78	methenamine hippurate... 64
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 37	MATULANE... 78	methimazole... 38
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 37	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 55	METHITEST... 32
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 37	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 55	methocarbamol... 98, 99
LUPRON DEPOT... 37	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 55	methotrexate sodium (pf)... 47
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 37	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 55	methotrexate sodium... 47
LUPRON DEPOT-PED... 37	meclizine... 107	methoxsalen... 44
lutra (28)... 31	MEDROL... 35	methscopolamine... 26
LYBALVI... 111	medroxyprogesterone... 31, 32	methyldopa... 17
lyleq... 31	mefloquine... 84	methyldopa-hydrochlorothiazide... 17
lyllana... 31	megestrol... 32	methylergonovine... 55
LYNPARZA... 78	MEKINIST... 78, 79	methylphenidate hcl... 24
LYSODREN... 38	MEKTOVI... 79	methylprednisolone acetate... 35
LYTGOBI... 78	meloxicam... 105	methylprednisolone sodium succ... 36
lyza... 31	melphalan hcl... 79	methylprednisolone... 35
M	melphalan... 79	metipranolol... 39
M-M-R II (PF)... 47	memantine... 11	metoclopramide hcl... 107, 108
m-natal plus... 91	MENACTRA (PF)... 47	metolazone... 17
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 55	MENEST... 32	metoprolol succinate... 17
MAGELLAN SYRINGE... 55		

metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 17	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING... 55	NAMZARIC... 11
metoprolol tartrate... 17	MONOJECT INSULIN SYRINGE... 55	naproxen sodium... 105
metronidazole in nacl (iso-os)... 64	MONOJECT SYRINGE... 55	naproxen... 105
metronidazole... 64	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 55	naratriptan... 41
metyrosine... 18	montelukast... 101	NARCAN... 23
micafungin... 109	morphine concentrate... 105	NASONEX... 101
miconazole-3... 109	morphine... 105	NATACYN... 39
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE... 55	MOUNJARO... 97	NATAZIA... 32
microgestin fe 1.5/30 (28)... 32	MOVANTIK... 26	nateglinide... 97
microgestin fe 1/20 (28)... 32	moxifloxacin... 39, 64	NATPARA... 21
microgestin 1.5/30 (21)... 32	MOZOBIL... 94	NAYZILAM... 68
microgestin 1/20 (21)... 32	MULTAQ... 18	neбиволol... 18
microgestin 24 fe... 32	mupirocin... 44	NEBUPENT... 84
midodrine... 18	MUTAMYCIN... 79	necon 0.5/35 (28)... 32
mili... 32	MVASI... 79	nefazodone... 71
mimvey... 32	MYALEPT... 26	nelarabine... 79
MINI ULTRA-THIN II... 55	mycophenolate mofetil (hcl)... 48	neo-polycin hc... 39
minocycline... 64	mycophenolate mofetil... 48	neo-polycin... 39
minoxidil... 18	mycophenolate sodium... 48	neomycin... 65
MIRCETTE (28)... 32	MYFORTIC... 48	neomycin-bacitracin-poly-hc... 39
mirtazapine... 71	MYLOTARG... 79	neomycin-bacitracin-polymyxin... 39
misoprostol... 26	myorisan... 44	neomycin-polymyxin b-dexameth... 39
MITIGARE... 12	MYRBETRIQ... 27	neomycin-polymyxin-gramicidin... 39
mitomycin... 79	N	neomycin-polymyxin-hc... 11, 40
mitoxantrone... 79	nabumetone... 105	NEONATAL COMPLETE... 91
modafinil... 41	nadolol... 18	NEONATAL PLUS VITAMIN... 91
moexipril... 18	nafcillin in dextrose iso-osm... 65	NEONATAL-DHA... 91
molindone... 111	nafcillin... 64, 65	NERLYNX... 79
mometasone... 44, 101	nalmefene... 23	NEULASTA ONPRO... 95
mondoxyne nl... 64	naloxone... 23	NEULASTA... 94
MONJUVI... 48	naltrexone... 23	NEUPRO... 12
mono-lynyah... 32		

nevirapine... 87	norgestimate-ethinyl estradiol... 32	NOVOPEN ECHO... 55
NEXAVAR... 79	norlyda... 32	NOVOTWIST... 56
NEXLETOL... 18	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 91	NOXAFIL... 109
NEXLIZET... 18	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 91	NUBEQA... 79
NEXTERONE... 18	NORMOSOL-R PH 7.4... 91	NUCALA... 101
niacin... 18	NORMOSOL-R... 91	NUDEXTA... 24
niacor... 18	nortrel 0.5/35 (28)... 32	NUPLAZID... 111
NICOTROL NS... 23	nortrel 1/35 (21)... 33	NUTRILIPID... 91
nifedipine... 18	nortrel 1/35 (28)... 33	NUZYRA... 65
nikki (28)... 32	nortrel 7/7/7 (28)... 33	nyamyc... 109
nilutamide... 79	nortriptyline... 71	nylia 1/35 (28)... 33
nimodipine... 18	NORVIR... 87	nylia 7/7/7 (28)... 33
NINLARO... 79	NOVOFINE AUTOCOVER... 55	nymyo... 33
NIPENT... 79	NOVOFINE PLUS... 55	nystatin... 109
nisoldipine... 18	NOVOFINE 32... 55	nystatin-triamcinolone... 109
nitazoxanide... 84	NOVOLIN N FLEXPEN... 97	nystop... 109
nitisinone... 103	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 97	O
nitrofurantoin macrocrystal... 65	NOVOLIN R FLEXPEN... 97	O-CAL PRENATAL... 91
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 65	NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN... 97	ocella... 33
nitrofurantoin... 65	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 97	octreotide acetate... 37
nitroglycerin in 5 % dextrose... 18	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 97	ODEFSEY... 87
nitroglycerin... 18	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 97	ODOMZO... 79
NITROSTAT... 18	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 97	OFEV... 101
NIVESTYM... 95	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 97	ofloxacin... 11, 40, 65
nizatidine... 26	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 97	olanzapine... 111, 112
nora-be... 32	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 97	olanzapine-fluoxetine... 71
norepinephrine bitartrate... 18		olmesartan... 18, 19
noreth-ethinyl estradiol-iron... 32		olmesartan-amlodipin-hcthidiazid... 19
norethindrone (contraceptive)... 32		olmesartan-hydrochlorothiazide... 19
norethindrone ac-eth estradiol... 32		olopatadine... 40
norethindrone acetate... 32		omega-3 acid ethyl esters... 19
norethindrone-e.estradiol-iron... 32		

omeprazole... 26	OSPHEA... 33	peg 3350-electrolytes... 26
omeprazole-sodium bicarbonate... 26	OTEZLA STARTER... 44	peg-electrolyte soln... 26
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)... 56	OTEZLA... 44	PEGASYS... 48
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 56	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 65	PEMAZYRE... 80
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 56	oxacillin... 65	pemetrexed disodium... 80
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 56	oxaliplatin... 79	pemetrexed... 80
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 56	oxandrolone... 33	PEN NEEDLE... 56
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)... 56	oxazepam... 107	PEN NEEDLE, DIABETIC... 56
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 56	oxcarbazepine... 68	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY... 56
OMNITROPE... 35	oxybutynin chloride... 27	penicillamine... 91
ONCASPAR... 79	oxycodone... 105	penicillin g pot in dextrose... 65
ondansetron hcl (pf)... 108	oxycodone-acetaminophen... 106	penicillin g potassium... 65
ondansetron hcl... 108	oxycodone-aspirin... 106	penicillin g procaine... 65
ondansetron... 108	OZEMPIC... 97	penicillin g sodium... 65
ONGLYZA... 97	P	penicillin v potassium... 65
ONIVYDE... 79	PACERONE... 19	PENTACEL (PF)... 48
ONUREG... 79	paclitaxel protein-bound... 79	PENTAM... 84
OPDIVO... 79	paclitaxel... 79	pentamidine... 84
OPDUALAG... 79	PADCEV... 79	PENTIPS... 56
OPSUMIT... 101	paliperidone... 112	pentoxifylline... 19
oralone... 25	pamidronate... 21, 22	PEPAXTO... 80
ORBACTIV... 65	PANRETIN... 79	PERFOROMIST... 101
ORGOVYX... 37	pantoprazole... 26	PERIKABIVEN... 91
ORKAMBI... 101	paraplatin... 80	perindopril erbumine... 19
orsythia... 33	paricalcitol... 22	periogard... 25
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 33	paroex oral rinse... 25	PERJETA... 80
oseltamivir... 87	paromomycin... 65	permethrin... 44
OSMITROL 10 %... 19	paroxetine hcl... 71	perphenazine... 112
OSMITROL 15 %... 19	PASER... 72	perphenazine-amitriptyline... 71
OSMITROL 20 %... 19	PAXIL... 71	PERSERIS... 112
OSMITROL 5 %... 19	PAXLOVID (EUA)... 56	pfizerpen-g... 65
	PEDIARIX (PF)... 48	phenelzine... 71
	PEDVAX HIB (PF)... 48	phenobarbital... 68

PHENYTEK... 68	posaconazole... 109	prednisone intensol... 36
phenytoin sodium extended... 69	potassium acetate... 92	prednisone... 36
phenytoin sodium... 68, 69	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 92	pregabalin... 24
phenytoin... 68	potassium chloride in lr-d5... 92	PREHEVBRIO (PF)... 48
philith... 33	potassium chloride in water... 92	PREMARIN... 33
PHOSPHOLINE IODIDE... 40	potassium chloride in 0.9%nacl... 92	PREMASOL 10 %... 92
PHYSIOLYTE... 56	potassium chloride in 5 % dex... 92	PRENATA... 92
PHYSIOSOL IRRIGATION... 56	potassium chloride... 92	PRENATABS FA... 93
PIFELTRO... 87	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 92	prenatal plus (calcium carb)... 93
pilocarpine hcl... 25, 40	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 92	prenatal plus vitamin-mineral... 93
pimecrolimus... 44	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 92	PRENATE ELITE... 93
pimozide... 112	potassium chloride-0.45 % nacl... 92	preplus... 93
pimtrea (28)... 33	potassium citrate... 92	prevalite... 19
pioglitazone... 97, 98	POTELIGEO... 80	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 56
PIP PEN NEEDLE... 56	pr natal 400 ec... 92	previfem... 33
piperacillin-tazobactam... 65	pr natal 400... 92	PREVYMIS... 87
PIQRAY... 80	pr natal 430 ec... 92	PREZCOBIX... 87
pirfenidone... 101	pr natal 430... 92	PREZISTA... 87
pirmella... 33	PRADAXA... 95	PRIFTIN... 72
piroxicam... 106	pramipexole... 12	primaquine... 84
PLASMA-LYTE A... 92	prasugrel... 95	primidone... 69
PLASMA-LYTE 148... 92	pravastatin... 19	PRIMSOL... 65
PLENAMINE... 92	praziquantel... 84	PRIORIX (PF)... 48
podofilox... 44	prazosin... 19	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 56
POLIVY... 80	PRED-G S.O.P.... 40	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 56
polocaine... 106	PRED-G... 40	PRO COMFORT PEN NEEDLE... 56
polocaine-mpf... 106	prednisolone acetate... 40	probenecid... 12
polycin... 40	prednisolone sodium phosphate... 36, 40	probenecid-colchicine... 12
polymyxin b sulf-trimethoprim... 40	prednisolone... 36	procainamide... 19
polymyxin b sulfate... 65		PROCALAMINE 3%... 93
POMALYST... 80		prochlorperazine edisylate... 108
portia 28... 33		
PORTRAZZA... 80		

prochlorperazine maleate... 108	pyrimethamine... 84	RETACRIT... 95
prochlorperazine... 108	PYRUKYND... 95	RETEVMO... 80
PROCRIT... 95	Q	RETROVIR... 87
procto-med hc... 44	QINLOCK... 80	REVCovi... 103
procto-pak... 44	QUADRACEL (PF)... 48	REVLIMID... 80
proctosol hc... 44	QUARTETTE... 33	REXULTI... 112
proctozone-hc... 44	quetiapine... 112	REYATAZ... 87
PRODIGY INSULIN SYRINGE... 56	quinapril... 19	REZUROCK... 48
progesterone micronized... 33	quinapril-hydrochlorothiazide... 19	RHOPHYLAC... 48
progesterone... 33	quinidine sulfate... 19	RHOPRESSA... 40
PROGRAF... 48	quinine sulfate... 84	RIABNI... 80
PROLASTIN-C... 103	R	ribavirin... 57, 87
PROLEUKIN... 80	RABAVERT (PF)... 48	rifabutin... 72
PROLIA... 22	rabeprazole... 26	rifampin... 72
PROMACTA... 95	raloxifene... 33	riluzole... 24
promethazine... 108	ramipril... 19, 20	rimantadine... 87
propafenone... 19	ranolazine... 20	ringer's... 57, 93
propantheline... 26	rasagiline... 12	RINVOQ... 48
proparacaine... 40	RAYALDEE... 22	risedronate... 22
propranolol... 19	reclipsen (28)... 33	RISPERDAL CONSTA... 112
propranolol-hydrochlorothiazid... 19	RECOMBIVAX HB (PF)... 48	risperidone... 112
propylthiouracil... 38	RECTIV... 57	ritonavir... 87
PROQUAD (PF)... 48	REGRANEX... 44	RITUXAN HYCELA... 80
PROSOL 20 %... 93	RELENZA DISKHALER... 87	RITUXAN... 80
protamine... 56	RELION NEEDLES... 57	rivastigmine tartrate... 11
protriptyline... 72	RELION PEN NEEDLES... 57	rivastigmine... 11
PULMOZYME... 101	RELISTOR... 26	rivelsa... 33
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 56	repaglinide... 98	rizatriptan... 41
PURE COMFORT PEN NEEDLE... 56	REPATHA PUSHTRONEX... 20	ROCKLATAN... 40
PURIXAN... 80	REPATHA SURECLICK... 20	roflumilast... 101
PYLERA... 26	REPATHA SYRINGE... 20	romidepsin... 80
pyrazinamide... 72	RESTASIS MULTIDOSE... 40	ropinirole... 12
pyridostigmine bromide... 41	RESTASIS... 40	ropivacaine (pf)... 106

rosuvastatin... 20	selenium sulfide... 44	sodium phenylbutyrate... 103
ROTARIX... 48	SELZENTRY... 87, 88	sodium phosphate... 93
ROTATEQ VACCINE... 48	sertraline... 72	sodium polystyrene (sorb free)... 93
roweepra xr... 69	setlakin... 33	sodium polystyrene sulfonate... 93
roweepra... 69	sevelamer carbonate... 93	sodium,potassium,mag sulfates... 26
ROZLYTREK... 80	sharobel... 33	solifenacin... 27
RUBRACA... 80	SHINGRIX (PF)... 49	SOLQUA 100/33... 98
rufinamide... 69	SIGNIFOR... 37	SOLTAMOX... 81
RUKOBIA... 87	sildenafil (pulm.hypertension)... 101	SOLU-MEDROL (PF)... 36
RUXIENCE... 80	sildenafil... 114	SOLU-MEDROL... 36
RUZURGI... 24	silodosin... 27	SOMATULINE DEPOT... 38
RYBELSUS... 98	silver sulfadiazine... 44	SOMAVERT... 38
RYBREVANT... 80	simliya (28)... 33	sorafenib... 81
RYDAPT... 80	simpesse... 33	sorbitol-mannitol... 57
RYLAZE... 81	SIMULECT... 49	sorine... 20
RYTARY... 12	simvastatin... 20	sotalol af... 20
S		
SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 57	sirolimus... 49	sotalol... 20
SAFETY PEN NEEDLE... 57	SIRTURO... 72, 73	SPIRIVA RESPIMAT... 101
sajazir... 48	SIVEXTRO... 65	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 101
SANCUSO... 108	SKY SAFETY PEN NEEDLE... 57	spironolacton-hydrochlorothiaz... 20
SANDIMMUNE... 49	SKYRIZI... 49	spironolactone... 20
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 37	SLYND... 33	sprintec (28)... 33
SANTYL... 44	SMOFLIPID... 93	SPRITAM... 69
sapropterin... 103	sodium acetate... 93	SPRYCEL... 81
SARCLISA... 81	sodium benzoate-sod phenylacet... 57	SPS (WITH SORBITOL)... 93
SAVELLA... 24	sodium bicarbonate... 93	sronyx... 33
SCSEMBLIX... 81	sodium chloride 0.45 %... 93	SSD... 44
scopolamine base... 108	sodium chloride 0.9 %... 93	stavudine... 88
se-natal 19 chewable... 93	sodium chloride 3 % hypertonic... 93	STELARA... 49
SECUADO... 112	sodium chloride 5 % hypertonic... 93	STIOLTO RESPIMAT... 101
SECURESAFE PEN NEEDLE... 57	sodium chloride... 57, 93	STIVARGA... 81
selegiline hcl... 12, 13		

STRENSIQ... 103	SUTAB... 26	tazarotene... 45
streptomycin... 65	syeda... 33	taztia xt... 20
STRIBILD... 88	SYLVANT... 49	TAZVERIK... 81
STRIVERDI RESPIMAT... 101	SYMBICORT... 102	TDVAX... 49
subvenite starter (blue) kit... 69	SYMDEKO... 102	TECENTRIQ... 81
subvenite starter (green) kit... 69	SYMFI LO... 88	TECFIDERA... 24
subvenite starter (orange) kit... 69	SYMFI... 88	TECHLITE INSULIN SYRINGE... 57
subvenite... 69	SYMJEPI... 102	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)... 58
SUCRAID... 103	SYMLINPEN 120... 98	TECHLITE PEN NEEDLE... 58
sucralfate... 26	SYMLINPEN 60... 98	TECVAYLI... 81
sulfacetamide sodium (acne)... 65	SYMPAZAN... 69	TEFLARO... 66
sulfacetamide sodium... 40, 65	SYMTUZA... 88	telmisartan... 20
sulfacetamide-prednisolone... 40	SYNAREL... 38	telmisartan-amlodipine... 20
sulfadiazine... 65	SYNERCID... 66	telmisartan-hydrochlorothiazid... 20
sulfamethoxazole-trimethoprim... 65, 66	SYNJARDY XR... 98	temazepam... 41
sulfasalazine... 22	SYNJARDY... 98	TEMIXYS... 88
sulindac... 106	SYNRIBO... 81	TEMODAR... 81
sumatriptan succinate... 41	SYNTHROID... 37	temsirolimus... 81
sumatriptan... 41	T	teniposide... 81
sunitinib... 81	TABLOID... 81	TENIVAC (PF)... 49
SUPRAX... 66	TABRECTA... 81	tenofovir disoproxil fumarate... 88
SUPREP BOWEL PREP KIT... 26	tacrolimus... 44, 49	TEPMETKO... 81
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 57	tadalafil (pulm. hypertension)... 102	terazosin... 20
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 57	TAFINLAR... 81	terbinafine hcl... 110
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 57	TAGRISSO... 81	terconazole... 110
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 57	TALZENNA... 81	TERUMO INSULIN SYRINGE... 58
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 57	tamoxifen... 81	testosterone cypionate... 34
SURE-FINE PEN NEEDLES... 57	tamsulosin... 27	testosterone enanthate... 34
SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 57	TARGRETIN... 81	testosterone... 34
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 57	tarina fe 1-20 eq (28)... 34	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 49
	tarina fe 1/20 (28)... 34	tetrabenazine... 24
	tarina 24 fe... 34	
	TASIGNA... 81	

THALOMID... 81	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 98	tri-nymyo... 34
theophylline in dextrose 5 %... 102	TOVIAZ... 27	tri-previfem (28)... 34
theophylline... 102	TPN ELECTROLYTES... 93	tri-sprintec (28)... 34
THINPRO INSULIN SYRINGE... 58	TRADJENTA... 98	tri-vylibra lo... 34
thioridazine... 112	tramadol... 106	tri-vylibra... 34
thiotepa... 81, 82	tramadol-acetaminophen... 106	triamcinolone acetonide... 25, 36
thiothixene... 112	trandolapril... 20	triamterene-hydrochlorothiazid... 20
tiadylt er... 20	trandolapril-verapamil... 20	triderm... 36
tiagabine... 69	tranexamic acid... 95	trientine... 93
TIBSOVO... 82	tranylcypromine... 72	trifluoperazine... 112
TICOVAC... 49	TRAVASOL 10 %... 93	trifluridine... 40
tigecycline... 66	travoprost... 40	trihexyphenidyl... 13
tilia fe... 34	TRAZIMERA... 82	TRIJDY XR... 98
timolol maleate (pf)... 40	trazodone... 72	TRIKAF... 102
timolol maleate... 20, 40	TREANDA... 82	trilyte with flavor packets... 26
tinidazole... 66	TRECTOR... 73	trimethobenzamide... 108
tiopronin... 27	TRELEGY ELLIPTA... 102	trimethoprim... 66
TIVDAK... 82	TRELSTAR... 38	trimipramine... 72
TIVICAY PD... 88	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 98	trinatal rx 1... 93
TIVICAY... 88	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 98	TRINTELLIX... 72
tizanidine... 11	TRESIBA U-100 INSULIN... 98	TRISENOX... 82
tobramycin sulfate... 66	tretinoin (antineoplastic)... 82	TRIUMEQ PD... 88
tobramycin with nebulizer... 66	tretinoin... 45	TRIUMEQ... 88
tobramycin... 40, 66	TREXALL... 49	triveen-duo dha... 93
tobramycin-dexamethasone... 40	tri femynor... 34	trivora (28)... 34
tolterodine... 27	tri-legest fe... 34	TRIZIVIR... 88
TOPCARE CLICKFINE... 58	tri-lynyah... 34	TRODELVY... 82
TOPCARE ULTRA COMFORT... 58	tri-lo-estarylla... 34	TROGARZO... 88
topiramate... 69	tri-lo-marzia... 34	TROPHAMINE 10 %... 93
topotecan... 82	tri-lo-mili... 34	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 58
toremifene... 82	tri-lo-sprintec... 34	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE... 58
torseamide... 20	tri-mili... 34	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 98		

TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 58
 TRUE COMFORT PRO ALCOHOL
 PADS... 58
 TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE...
 58
 TRUEPLUS INSULIN... 58
 TRUEPLUS PEN NEEDLE... 58
 TRULICITY... 98
 TRUMENBA... 49
 TRUSELTIQ... 82
 TUKYSA... 82
 tulana... 34
 TURALIO... 82
 TWINRIX (PF)... 49
 TYBLUME... 34
 TYBOST... 88
 TYKERB... 82
 TYMLOS... 22
 TYPHIM VI... 49

U

UDENYCA... 95
 ULTICARE INSULIN SYRINGE... 59
 ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)...
 59
 ULTICARE PEN NEEDLE... 59
 ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE... 59
 ULTICARE... 59
 ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN
 SYR... 59
 ULTIGUARD SAFEPAK-PEN
 NEEDLE... 59
 ULTILET ALCOHOL SWAB... 59
 ULTILET INSULIN SYRINGE... 59
 ULTILET PEN NEEDLE... 59

ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)...
 59
 ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE...
 59
 ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)...
 59
 ULTRA FLO INSULIN SYRINGE... 59
 ULTRA FLO PEN NEEDLE... 59
 ULTRA THIN PEN NEEDLE... 59
 ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 60
 ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL...
 60
 ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES...
 60
 ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE...
 60
 ULTRACARE INSULIN SYRINGE... 60
 ULTRACARE PEN NEEDLE... 60
 UNIFINE PEN NEEDLE... 60
 UNIFINE PENTIPS MAXFLOW... 60
 UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW...
 60
 UNIFINE PENTIPS PLUS... 60
 UNIFINE PENTIPS... 60
 UNIFINE SAFECONTROL... 60
 UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE... 60
 UNITHROID... 37
 UNITUXIN... 82
 ursodiol... 26, 27
 UVADEX... 45

V

V-GO 20... 60
 V-GO 30... 60
 V-GO 40... 60
 valacyclovir... 88

VALCHLOR... 82
 valganciclovir... 88
 valproate sodium... 69
 valproic acid (as sodium salt)... 69
 valproic acid... 69
 valrubicin... 82
 valsartan... 21
 valsartan-hydrochlorothiazide... 21
 VALSTAR... 82
 VALTOCO... 69
 vanadom... 99
 vancomycin in dextrose 5 %... 66
 vancomycin in 0.9 % sodium chl...
 66
 vancomycin... 66
 vancomycin-water inject (peg)... 66
 VANISHPOINT INSULIN SYRINGE...
 60
 VANISHPOINT SYRINGE... 60
 VAQTA (PF)... 49
 varenicline... 23
 VARIVAX (PF)... 49
 VARIZIG... 49
 VASCEPA... 21
 VECTIBIX... 82
 VELCADE... 82
 velivet triphasic regimen (28)... 34
 VENCLEXTA STARTING PACK... 82
 VENCLEXTA... 82
 venlafaxine... 72
 VENTAVIS... 102
 VENTOLIN HFA... 102
 verapamil... 21

VERIFINE PEN NEEDLE... 60	VRAYLAR... 112	XPOVIO... 83
VERIPRED 20... 36	vyfemla (28)... 34	XTAMPZA ER... 106
VERSACLOZ... 112	vylibra... 34	XTANDI... 83
VERZENIO... 82	VYNDAMAX... 103	xulane... 35
vestura (28)... 34	VYNDAQEL... 103	XULTOPHY 100/3.6... 98
VICTOZA 2-PAK... 98	VYXEOS... 83	XYREM... 41
VICTOZA 3-PAK... 98	VYZULTA... 40	Y
vienva... 34	W	YERVOY... 83
vigabatrin... 69	warfarin... 95	YF-VAX (PF)... 50
vigadrone... 69	water for irrigation, sterile... 60	YONDELIS... 83
VIIBRYD... 72	WEBCOL... 60	Z
vilazodone... 72	WELIREG... 83	zafemy... 35
VIMPAT... 69, 70	wera (28)... 34	zafirlukast... 102
vinblastine... 82	wesnate dha... 94	ZALTRAP... 83
vincasar pfs... 82	westab plus... 94	ZANOSAR... 83
vincristine... 82	WINRHO SDF... 49	zarah... 35
vinorelbine... 82	wixela inhub... 102	ZARXIO... 95
violele (28)... 34	wymzya fe... 34	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 98
VIRACEPT... 88	X	ZEGALOGUE SYRINGE... 98
VIREAD... 88	XALKORI... 83	ZEJULA... 83
virt-c dha... 93	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 95	ZELBORAF... 83
virt-nate dha... 93	XARELTO... 95	zenatane... 45
VISTOGARD... 83	XATMEP... 49	ZENPEP... 103
vitamin d2... 114	XCOPRI MAINTENANCE PACK... 70	ZEPZELCA... 83
VITRAKVI... 83	XCOPRI TITRATION PACK... 70	ZERBAXA... 66
VIVITROL... 23	XCOPRI... 70	ZERVIA... 40
VIZIMPRO... 83	XGEVA... 22	zidovudine... 88
VOCABRIA... 88	XIFAXAN... 27	ziprasidone hcl... 113
volnea (28)... 34	XIGDUO XR... 98	ziprasidone mesylate... 113
VONJO... 83	XOFLUZA... 88	ZIRABEV... 83
voriconazole... 110	XOLAIR... 49, 50	ZIRGAN... 88
VOSEVI... 88	XOSPATA... 83	ZOKINVY... 103
VOTRIENT... 83		ZOLADEX... 38

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl...
22

zoledronic acid... 22

zoledronic acid-mannitol-water...
22

ZOLINZA... 83

zolpidem... 41

ZONISADE... 70

zonisamide... 70

ZORTRESS... 50

zovia 1-35 (28)... 35

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

ZTALMY... 70

ZUBSOLV... 23

ZULRESSO... 72

zumandimine (28)... 35

ZYDELIG... 83

ZYKADIA... 84

ZYNLONTA... 84

ZYPITAMAG... 21

ZYPREXA RELPREVV... 113

1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...
50

1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 50

¡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): Wódaahí 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

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

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

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



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

H1019-023, 026

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).