

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

# 2023



## Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de CarePlus

Lista de Medicamentos recetados

Este formulario fue actualizado en 12/01/2023. 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 tambien 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](http://CarePlusHealthPlans.com).

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si su plan tiene un deducible y no lo ha pagado. Llame a Servicios para Afiliados de CarePlus para obtener más información. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en cuál nivel de costos compartidos está, incluso si su plan tiene un deducible y no lo ha pagado.

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)

**CarePlus**  
HEALTH PLANS



# ¡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 2023. 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 de CarePlus y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus medicamentos, consulte su Evidencia de cobertura.

## ¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podremos añadir o eliminar medicamentos en 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 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2023, 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 se ve afectado por un cambio en la Lista de medicamentos?**

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

El formulario adjunto está vigente a partir de diciembre de 2023. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en [careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-prescription-drug-guides](http://careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-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](http://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/2023-prescription-drug-guides](http://careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-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 obtener 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 113. 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 del medicamento cubierto. CarePlus puede limitar el número de repeticiones que usted puede obtener o la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora diaria. Algunos medicamentos se limitan a un suministro de 30 días, independientemente de la asignación de nivel.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, CarePlus exige que usted primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que 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/2023-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/2023-prescription-drug-guides** para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar a 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 efectivos para el tratamiento de su afección médica y/o si le causaran efectos médicos adversos.

Usted debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de 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 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/2023-prescription-drug-guides](http://careplushealthplans.com/medicare-plans/2023-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 **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 113.

Si recibe Ayuda Adicional, su cobertura de medicamentos incluye un Beneficio de Copago de \$0 para todos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare. Este beneficio no se aplica a los medicamentos excluidos de Medicare. Por favor consulte 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 112.

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 112.

### Cómo leer el formulario

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

**DL** - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministros, 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 cada 30 días" significa que usted solo puede recibir 30 dosis cada 30 días). Consulte la página 6 para obtener más información acerca de estos requisitos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<b>AGENTES ÓTICOS</b>		
ciprofloxacin hcl 0.2 % DROPPERETTE <b>MO</b>	4	
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS <b>MO</b>	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS <b>MO</b>	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION <b>MO</b>	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>		
donepezil 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	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. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	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. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES ANTIESPASTICIDAD</b>		
baclofen 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	
baclofen 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
baclofen 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	
<b>AGENTES ANTIGOTA</b>		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
colchicine 0.6 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE <b>MO</b>	3	
probenecid 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES ANTIAMIAS TÉNICOS</b>		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	4	PA,QL(2 cada 30 días)
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE <b>MO</b>	4	PA,QL(3 cada 30 días)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	PA,QL(480 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	3	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE <b>MO</b>	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR <b>MO</b>	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE <b>MO</b>	4	QL(6 cada 30 días)
topiramate 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE <b>MO</b>	3	
topiramate 25 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET <b>MO</b>	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET <b>MO</b>	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET <b>MO</b>	4	
entacapone 200 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM <b>DL</b>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10-15-20-25-30 MG FILM <b>DL</b>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
RYTARY 23.75-95 MG CAPSULE, ER <b>MO</b>	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER <b>MO</b>	4	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 48.75-195 MG CAPSULE, ER <b>MO</b>	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER <b>MO</b>	4	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR <b>MO</b>	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>	3	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
adenosine 3 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amiodarone 100 mg TABLET <b>MO</b>	4	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE <b>MO</b>	2	
amiodarone 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	
amiodarone 400 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	2	
bumetanide 1 mg TABLET <b>MO</b>	2	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
carvedilol phosphate 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
chlorthalidone 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER <b>MO</b>	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER <b>MO</b>	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET <b>MO</b>	1	
colestipol 1 gram TABLET <b>MO</b>	3	
colestipol 5 gram GRANULES <b>MO</b>	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET <b>MO</b>	4	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
DEMSER 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	4	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE <b>MO</b>	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
ethacrynat sodium 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ezetimibe 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
furosemide 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
guanfacine 2 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET <b>MO</b>	2	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <b>MO</b>	2	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lisinopril 30 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET <b>MO</b>	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
MULTAQ 400 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	3	
nebivolol 10 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	
niacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
niacor 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	3	
nitroglycerin 0.4 mg/hr PATCH, 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	
nitroglycerin in 5 % dextrose 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
olmesartan 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hctiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
OSMITROL 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
OSMITROL 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
OSMITROL 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
PACERONE 100 MG TABLET <b>MO</b>	4	
pacerone 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	
PACERONE 400 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER <b>MO</b>	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	2	
pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
prevalite 4 gram POWDER <b>MO</b>	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	3	
propafenone 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
propafenone 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET <b>MO</b>	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <b>MO</b>	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
spironolactone 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
torsemide 20 mg TABLET <b>MO</b>	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	3	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
valsartan 160 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <b>MO</b>	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	PA,QL(3 cada 90 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE <b>MO</b>	4	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	4	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
risedronate 150 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	PA,QL(100 cada 365 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO</b>		
balsalazide 750 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	4	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <b>MO</b>	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <b>MO</b>	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	2	
<b>AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	3	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	4	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	3	PA,QL(60 cada 30 días)
dexamethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	5	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER <b>MO</b>	4	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
RUZURGI 10 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	QL(55 cada 28 días)
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(240 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tetrabenazine 25 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
cevimeline 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	1	
kourzeq 0.1 % PASTE <b>MO</b>	3	
oralone 0.1 % PASTE <b>MO</b>	3	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA
adapalene 0.3 % GEL <b>MO</b>	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP <b>MO</b>	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM <b>MO</b>	2	
ammonium lactate 12 % LOTION <b>MO</b>	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
azelaic acid 15 % GEL <b>MO</b>	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL <b>MO</b>	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT <b>MO</b>	3	QL(100 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
calcipotriene 0.005 % CREAM <b>MO</b>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB <b>MO</b>	2	
clobetasol 0.05 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL <b>MO</b>	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION <b>MO</b>	4	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT <b>MO</b>	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL <b>MO</b>	3	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL <b>MO</b>	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL <b>MO</b>	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-emollient 0.05 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM <b>MO</b>	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT <b>MO</b>	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT <b>MO</b>	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION <b>MO</b>	2	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL <b>DL</b>	5	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET <b>MO</b>	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM <b>MO</b>	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION <b>MO</b>	4	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL <b>DL</b>	5	
mometasone 0.1 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT <b>MO</b>	1	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM <b>MO</b>	3	
pimecrolimus 1 % CREAM <b>MO</b>	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
protozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % GEL <b>DL</b>	5	PA
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM <b>MO</b>	2	
SSD 1 % CREAM <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM <b>MO</b>	3	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL <b>MO</b>	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL <b>MO</b>	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM <b>MO</b>	3	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
amoxicil-clarithromy-lansopraz 500-500-30 mg COMBO PACK <b>MO</b>	4	ST,QL(112 cada 30 días)
bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION <b>MO</b>	3	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION <b>MO</b>	3	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
dicyclomine 20 mg TABLET <b>MO</b>	2	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET <b>MO</b>	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT <b>DL,LA</b>	5	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT <b>DL,LA</b>	5	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	3	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
misoprostol 100 mcg TABLET <b>MO</b>	3	
misoprostol 200 mcg TABLET <b>MO</b>	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
nizatidine 150 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
sucralfate 1 gram TABLET <b>MO</b>	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	
ursodiol 250 mg TABLET <b>MO</b>	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
ursodiol 500 mg TABLET <b>MO</b>	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dutasteride 0.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	2	
solifenacina 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
tiopronin 100 mg TABLET <b>DL</b>	5	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)</b>		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	4	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	4	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
camila 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
chateal (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <b>MO</b>	4	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
cyclafem 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <b>MO</b>	2	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE <b>MO</b>	4	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethynodiol estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinenest 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
ELLA 30 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(1 cada 30 días)
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	4	QL(1 cada 28 días)
emoquette 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT <b>MO</b>	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	4	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	4	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
errin 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	1	
estradiol 10 mcg TABLET <b>MO</b>	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <b>MO</b>	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING <b>MO</b>	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
etonogestrel-ethynodiol estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	4	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	4	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>	4	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

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

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lillow (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	4	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	4	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	4	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>	4	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>	4	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	4	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
lyeq 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	4	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	4	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	4	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
mimvey 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET <b>MO</b>	4	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET <b>MO</b>	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nora-be 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
norethindrone acetate 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
norethindrone-e.estriadiol-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 <b>MO</b>	4	
norethindrone-e.estriadiol-iron 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	
norlyda 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET <b>MO</b>	4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
ocella 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
orsythia 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET <b>MO</b>	4	
OSPHENA 60 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA
oxandrolone 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(120 cada 30 días)
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <b>MO</b>	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <b>MO</b>	3	
previfem 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
progesterone 50 mg/ml OIL <b>MO</b>	3	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
raloxifene 60 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	4	QL(91 cada 90 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET <b>MO</b>	4	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
syeda 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	4	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	4	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <b>MO</b>	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	3	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	2	QL(24 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-lo-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-previfem (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	4	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	4	
tulana 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	4	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	4	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	4	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	4	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>	4	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	4	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	4	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET <b>MO</b>	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET <b>MO</b>	4	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <b>DL</b>	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)</b>		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET <b>MO</b>	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR <b>MO</b>	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS <b>MO</b>	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET <b>MO</b>	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION <b>MO</b>	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION <b>MO</b>	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT <b>MO</b>	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM <b>MO</b>	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM <b>MO</b>	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM <b>MO</b>	2	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	4	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)</b>		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	3	
levothyroxine 100 mcg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET <b>MO</b>	1	
levothyroxine 200 mcg, 500 mcg RECON SOLUTION <b>DL</b>	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 <b>MO</b>	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <b>MO</b>	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)</b>		
cabergoline 0.5 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(16 cada 28 días)
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE <b>MO</b>	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE <b>MO</b>	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE <b>MO</b>	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE <b>MO</b>	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT <b>MO</b>	4	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	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 KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <b>MO</b>	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	5	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA
TRELSTAR 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT <b>MO</b>	4	PA,QL(1 cada 28 días)
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)</b>		
LYSODREN 500 MG TABLET <b>DL</b>	5	
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)</b>		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
ABRYSO 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
azathioprine 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
CELLCEPT 200 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	BvsD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	BvsD
CELLCEPT 500 MG TABLET <b>DL</b>	5	BvsD
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(3.42 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	PA
ENVARSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET <b>MO</b>	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET <b>DL</b>	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD
gengraf 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	PA
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <b>DL</b>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	4	BvsD
MYFORTIC 180 MG TABLET, DR/EC <b>MO</b>	4	BvsD
MYFORTIC 360 MG TABLET, DR/EC <b>DL</b>	5	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	1	
PREHEVBRILO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE <b>MO</b>	4	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(168 cada 365 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	BvsD
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION <b>DL</b>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE <b>DL</b>	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	PA
XOLAIR 150 MG RECON SOLUTION <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	1	
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	2	
ALCAINE 0.5 % DROPS <b>MO</b>	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS <b>MO</b>	3	
apraclonidine 0.5 % DROPS <b>MO</b>	3	
atropine 1 % DROPS <b>MO</b>	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <b>MO</b>	2	
azelastine 0.05 % DROPS <b>MO</b>	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION <b>MO</b>	4	
betaxolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	2	
brimonidine 0.15 % DROPS <b>MO</b>	3	
brimonidine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	1	
carteolol 1 % DROPS <b>MO</b>	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT <b>MO</b>	4	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS <b>MO</b>	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <b>MO</b>	3	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS <b>MO</b>	1	
CYSTARAN 0.44 % DROPS <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS <b>MO</b>	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS <b>MO</b>	2	
difluprednate 0.05 % DROPS <b>MO</b>	3	
dorzolamide 2 % DROPS <b>MO</b>	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS <b>MO</b>	1	
DUREZOL 0.05 % DROPS <b>MO</b>	3	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT <b>MO</b>	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS <b>MO</b>	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS <b>MO</b>	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

- DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gentamicin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 % DROPS <b>MO</b>	2	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 0.5 % DROPS <b>MO</b>	2	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS <b>MO</b>	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL <b>MO</b>	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS <b>MO</b>	3	QL(2.5 cada 25 días)
moxifloxacin 0.5 % DROPS <b>MO</b>	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	4	
neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <b>MO</b>	2	
neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <b>MO</b>	3	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <b>MO</b>	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <b>MO</b>	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS <b>MO</b>	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	2	
olopatadine 0.1 % DROPS <b>MO</b>	3	ST
olopatadine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS <b>MO</b>	4	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS <b>MO</b>	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS <b>MO</b>	1	
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	4	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS <b>MO</b>	2	
proparacaine 0.5 % DROPS <b>MO</b>	2	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS <b>MO</b>	3	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS <b>MO</b>	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <b>MO</b>	3	ST,QL(2.5 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	4	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS <b>MO</b>	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <b>MO</b>	2	
timolol maleate 0.25 % DROPS <b>MO</b>	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <b>MO</b>	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS <b>MO</b>	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY <b>MO</b>	3	
timolol maleate (pf) 0.25 % DROPPERETTE <b>MO</b>	1	
timolol maleate (pf) 0.5 % DROPPERETTE <b>MO</b>	3	
tobramycin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	2	
travoprost 0.004 % DROPS <b>MO</b>	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS <b>MO</b>	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS <b>MO</b>	4	QL(5 cada 30 días)
ZERVIATE 0.24 % DROPPERETTE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES</b>		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER <b>MO</b>	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
BELSOMRA 10 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE <b>DL</b>	4	QL(30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(540 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
acetic acid 0.25 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <b>MO</b>	4	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • 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 <b>MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <b>MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE <b>DL</b>	4	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	
calcium disodium versenate 200 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML LIQUID <b>DL</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <b>MO</b>	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 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 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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE <b>MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	1	
INSUPEN 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 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
KORLYM 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lactated ringers</i> SOLUTION <b>MO</b>	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(40 cada 5 días)
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
LITHOSTAT 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	
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 <b>MO</b>	1	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE <b>MO</b>	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE <b>MO</b>	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE <b>MO</b>	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE <b>MO</b>	1	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <b>MO</b>	1	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE <b>MO</b>	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 15/32", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/3", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 1/6", 31 GAUGE X 13/64", 31 GAUGE X 15/64", 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 <b>MO</b>	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION <b>MO</b>	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION <b>MO</b>	1	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
ribavirin 6 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	BvsD
ringer's SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
sodium benzoate-sod phenylacet 10-10 % SOLUTION <b>DL</b>	5	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	1	
TECHLITE INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 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 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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(16 cada 30 días)
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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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 <b>MO</b>	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-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 <b>MO</b>	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 SYRINGE <b>MO</b>	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>MO</b>	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
V-GO 20 DEVICE <b>MO</b>	3	
V-GO 30 DEVICE <b>MO</b>	3	
V-GO 40 DEVICE <b>MO</b>	3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" SYRINGE <b>MO</b>	1	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	1	
VERIFINE 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 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION <b>MO</b>	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED <b>MO</b>	1	
<b>ANALGÉSICOS</b>		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(2700 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	4	QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3 % PATCH, 12 HR. <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac sodium 1 % GEL <b>MO</b>	3	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
diclofenac-misoprostol 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg TABLET, IR, DR, BIPHASIC <b>MO</b>	4	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. <b>DL</b>	4	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE <b>DL</b>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION <b>DL</b>	2	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET <b>MO</b>	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg TABLET <b>DL</b>	4	QL(150 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	2	
ibuprofen 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>	2	
ketorolac 10 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER <b>DL</b>	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER <b>DL</b>	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER <b>DL</b>	3	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER <b>DL</b>	3	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET <b>MO</b>	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	1	
naproxen 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
naproxen sodium 375 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sodium 500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	ST,QL(90 cada 30 días)
naproxen sodium 750 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	4	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
tramadol 100 mg TABLET <b>DL</b>	4	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>DL</b>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. <b>DL</b>	3	QL(60 cada 30 días)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) <b>SOLUTION MO</b>	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED <b>MO</b>	4	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine (pf) in d7.5w 50 mg/ml (5 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
lidocaine hcl 2 % JELLY <b>MO</b>	3	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR <b>MO</b>	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 <b>SOLUTION MO</b>	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM <b>MO</b>	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION <b>MO</b>	4	
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
buspirone 30 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>DL</b>	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	3	
clonazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	4	
diazepam 10 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET <b>DL</b>	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION <b>DL</b>	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <b>MO</b>	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	3	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE <b>DL</b>	4	
<b>ANTIBACTERIANOS</b>		
acetic acid 2 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
amoxicillin 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
amoxicillin 875 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <b>MO</b>	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <b>MO</b>	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
AUGMENTIN 500-125 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA
azithromycin 1 gram PACKET <b>MO</b>	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	
azithromycin 250 mg TABLET <b>MO</b>	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <b>MO</b>	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <b>MO</b>	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cefdinir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
cefixime 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET <b>MO</b>	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
clarithromycin 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY <b>MO</b>	4	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM <b>MO</b>	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
daptomycin 350 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
demeclocycline 150 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
DIFICID 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET <b>MO</b>	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET <b>MO</b>	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	3	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ERYTHROGIN 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
gentamicin 0.1 % CREAM <b>MO</b>	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	3	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	2	
levofloxacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET <b>MO</b>	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL <b>MO</b>	3	
metronidazole 0.75 % CREAM <b>MO</b>	4	
metronidazole 0.75 % LOTION <b>MO</b>	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL <b>MO</b>	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP <b>MO</b>	4	
metronidazole 250 mg TABLET <b>MO</b>	2	
metronidazole 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
monodoxine nl 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET <b>MO</b>	3	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>DL</b>	5	
neomycin 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NUZYRA 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 14 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	2	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(3 cada 28 días)
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
paromomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	3	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(6 cada 28 días)
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <b>MO</b>	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION <b>MO</b>	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <b>MO</b>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <b>MO</b>	1	
SYNERCID 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tobramycin 300 mg/4 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA
trimethoprim 100 mg TABLET <b>MO</b>	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA,QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	4	
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	
carbamazepine 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	QL(225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET <b>DL</b>	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT <b>DL</b>	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
epitol 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	
ethosuximide 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	4	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
FYCOMPA 0.5 MG/MIL SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42)-100 mg (7), 25 mg (84)-100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	2	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE <b>MO</b>	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
levetiracetam 500 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	2	
methsuximide 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR <b>MO</b>	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
primidone 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	2	
primidone 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	1	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	4	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	2	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	4	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>DL</b>	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET <b>DL</b>	5	QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	4	QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	2	
amitriptyline 25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
citalopram 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	3	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	3	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg TABLET <b>MO</b>	3	
imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
MARPLAN 10 MG TABLET <b>MO</b>	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
mirtazapine 45 mg TABLET <b>MO</b>	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
paroxetine hcl 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(90 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	4	
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
phenelzine 15 mg TABLET <b>MO</b>	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
sertraline 100 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	2	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	1	
trazodone 300 mg TABLET <b>MO</b>	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(14 cada 365 días)
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK <b>MO</b>	4	BvsD,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
granisetron hcl 1 mg TABLET <b>MO</b>	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
meclizine 12.5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
meclizine 25 mg TABLET <b>MO</b>	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	2	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <b>MO</b>	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	4	
promethazine 25 mg TABLET <b>MO</b>	4	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY <b>DL</b>	5	QL(4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY <b>MO</b>	3	QL(10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>	3	BvsD
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	BvsD
caspofungin 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
caspofungin 70 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ciclodan 8 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL <b>MO</b>	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM <b>MO</b>	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM <b>MO</b>	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION <b>MO</b>	3	QL(90 cada 28 días)
econazole 1 % CREAM <b>MO</b>	4	PA,QL(85 cada 30 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
fluconazole 150 mg TABLET <b>MO</b>	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET <b>MO</b>	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	4	PA
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	3	
NOXAFIL 100 MG TABLET, DR/EC <b>DL</b>	5	PA
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON <b>DL</b>	5	PA,QL(32 cada 30 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	4	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM <b>MO</b>	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	4	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <b>MO</b>	2	
nystatin 500,000 unit TABLET <b>MO</b>	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <b>MO</b>	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <b>MO</b>	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	4	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <b>DL</b>	5	PA
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(840 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET <b>MO</b>	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <b>MO</b>	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	3	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(400 cada 30 días)
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
cycloserine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET <b>MO</b>	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET <b>MO</b>	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
SIRTURO 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG TABLET <b>MO</b>	4	
<b>ANTINEOPLÁSICOS</b>		
abiraterone 250 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
adriamycin 10 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(3 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
bexarotene 1 % GEL <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
BLENREP 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
BOSULIF 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CAPRELSA 100 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION <b>DL</b>	5	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
COTELLIC 20 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
DAURISMO 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	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 <b>MO</b>	4	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
EULEXIN 125 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
exemestane 25 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
flouxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION <b>DL</b>	5	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
flutamide 125 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	4	
GILOTrif 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE	5	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
imatinib 100 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

- DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO</i>	4	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
IXEMTRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET <b>DL</b>	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION <b>MO</b>	4	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 4 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET <b>MO</b>	4	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
MESNEX 400 MG TABLET <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION <b>DL</b>	5	
NERLYNX 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
NUBEQA 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION <b>DL</b>	5	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	4	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	3	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL <b>DL</b>	5	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
pazopanib 200 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
SCEMBLIX 20 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sorafenib 200 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
TABLOID 40 MG TABLET <b>MO</b>	3	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	1	
TARGETIN 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
teniposide 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
TEPMETKO 225 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
toremifene 60 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
TREANDA 100 MG, 25 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	5	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VOTRIENT 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ZEJULA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
albendazole 200 mg TABLET <b>MO</b>	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydroxychloroquine 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	
ivermectin 3 mg TABLET <b>MO</b>	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET <b>MO</b>	4	
mefloquine 250 mg TABLET <b>MO</b>	2	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET <b>MO</b>	4	
primaquine 26.3 mg TABLET <b>MO</b>	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	PA,QL(42 cada 7 días)
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(750 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>DL</b>	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
clozapine 100 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(270 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET <b>MO</b>	3	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml Elixir <b>MO</b>	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>DL</b>	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <b>MO</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	2	PA,QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET <b>MO</b>	2	PA,QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	3	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	3	
quetiapine 100 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK <b>MO</b>	4	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <b>MO</b>	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	QL(1 cada 28 días)
<b>ANTIVIRALES</b>		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	1	
acyclovir 400 mg TABLET <b>MO</b>	1	
acyclovir 5 % OINTMENT <b>MO</b>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET <b>MO</b>	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	2	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER <b>DL</b>	5	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <b>DL</b>	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 <b>DL</b>	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir ethanolate 600 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
darunavir ethanolate 800 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofovir disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	4	
etravirine 100 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HARVONI 90-400 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <b>DL</b>	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>	4	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
maraviroc 150 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	4	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PREVYMIS 480 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET <b>MO</b>	3	
ritonavir 100 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	5	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	
TYBOST 150 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET <b>MO</b>	3	
valganciclovir 450 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <b>DL</b>	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET <b>DL</b>	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(5 cada 365 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP <b>MO</b>	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET <b>MO</b>	2	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL <b>MO</b>	4	QL(5 cada 30 días)
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS</b>		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE <b>MO</b>	2	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET <b>MO</b>	2	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE <b>MO</b>	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION <b>MO</b>	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE <b>DL</b>	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	4	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE <b>DL</b>	5	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <b>MO</b>	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE <b>MO</b>	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION <b>MO</b>	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	4	
KABIVEN 3.31-9.8-3.9 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
levocarnitine 330 mg TABLET <b>MO</b>	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION <b>MO</b>	1	
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE <b>MO</b>	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK <b>MO</b>	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	4	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <b>MO</b>	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON- 1,000 MCG TABLET <b>MO</b>	4	
penicillamine 250 mg TABLET <b>DL</b>	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER <b>MO</b>	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>	4	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>	2	
potassium chloride 8 meq TABLET ER <b>MO</b>	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 <b>MO</b>	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <b>MO</b>	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <b>MO</b>	4	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	4	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <b>MO</b>	4	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	4	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	4	
preplus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
PROCALAMINE 3% 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	4	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	4	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE <b>MO</b>	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <b>MO</b>	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION <b>MO</b>	1	
sodium polystyrene sulfonate POWDER <b>MO</b>	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <b>MO</b>	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <b>MO</b>	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
virt-c dha 35-1-200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	4	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	4	
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES</b>		
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg TABLET <b>DL</b>	5	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION <b>DL</b>	5	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
clopidogrel 300 mg TABLET <b>MO</b>	4	
clopidogrel 75 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 150 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	4	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE <b>MO</b>	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION <b>MO</b>	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
plerixafor 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(9.6 cada 30 días)
PRADAXA 110 MG, 150 MG, 75 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
PROCIT 10,000 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCIT 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	4	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION	5	PA,QL(28 cada 30 días)
PROCIT 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION	5	PA,QL(14 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	5	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	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 <b>MO</b>	4	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
warfarin 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
<b>REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE</b>		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	2	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	3	
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	4	QL(3.4 cada 28 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	5	
FARXIGA 10 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 5 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
glimepiride 1 mg TABLET <b>MO</b>	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	1	
glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
glipizide 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	1	
glipizide 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	3	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET <b>MO</b>	2	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	2	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION <b>MO</b>	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE <b>MO</b>	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE <b>MO</b>	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>DL</b>	5	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>	2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>MO</b>	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>MO</b>	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <b>MO</b>	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>MO</b>	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIK 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin-metformin 2.5-1,000 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
saxagliptin-metformin 5-1,000 mg, 5-500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <b>MO</b>	3	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	5	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET <b>MO</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL – Límite de despacho cobertura • LA – Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	3	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	3	QL(15 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>MO</b>	3	
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
carisoprodol 350 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	2	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	2	
vanadom 350 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(120 cada 30 días)
<b>TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES</b>		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <b>MO</b>	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	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 <b>MO</b>	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	1	
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(36 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
alyq 20 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION <b>MO</b>	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	4	QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	3	
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) AEROSOL SPRAY <b>MO</b>	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	3	QL(30 cada 25 días)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	4	QL(10.7 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <b>MO</b>	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	BvsD
cyproheptadine 4 mg TABLET <b>MO</b>	4	
DALIRESP 250 MCG TABLET <b>MO</b>	3	QL(28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
desloratadine 5 mg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	3	QL(4 cada 30 días)
epoprostenol (glycine) 0.5 mg, 1.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(10.6 cada 30 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	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. <b>MO</b>	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <b>MO</b>	2	QL(16 cada 30 días)
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <b>MO</b>	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	2	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET <b>DL,LA</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(112 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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET <b>MO</b>	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 10 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET <b>MO</b>	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>MO</b>	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(10.2 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML SYRINGE <b>MO</b>	3	QL(4 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET <b>MO</b>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	4	
theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	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 <b>DL</b>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL <b>DL</b>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	3	QL(36 cada 30 días)
wixela inhuh 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	3	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿ Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
zafirlukast 10 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET <b>MO</b>	4	QL(60 cada 30 días)
<b>TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
betaine 1 gram/scoop POWDER <b>DL</b>	5	
CERDELGA 84 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000 -60,000 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 <b>MO</b>	3	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	3	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE <b>MO</b>	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE <b>DL</b>	5	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	5	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	5	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE <b>DL</b>	5	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER <b>DL</b>	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	5	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	5	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE <b>DL</b>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE <b>DL</b>	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, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	4	
ZENPEP 25,000-79,000- 105,000 UNIT CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	4	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	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 la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

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

• DL - Límite de despacho cobertura • LA - Acceso limitado

## Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<b>*MEDICAMENTOS PERSONALIZADOS - CUBIERTOS A TRAVES DE MEDICAID</b>		
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
<b>DISFUNCION ERECTIL</b>		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	1	QL(6 cada 30 días)
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b>		
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
folic acid 1 mg TABLET	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	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 copago de \$0 en medicamentos recetados.**

Su plan de CarePlus tiene cobertura adicional para algunos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte estos medicamentos recetados no se tomará en cuenta para calcular sus costos totales de medicamentos (en otras palabras, la cantidad que usted paga no le ayuda a ser elegible para la cobertura catastrófica). **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de copago de \$0 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 • LA - Acceso limitado

# Índice

A		
abacavir... 93	adriamycin... 78	amabelz... 30
abacavir-lamivudine... 93	ADSTILADRIN... 49	amantadine hcl... 12, 13
ABELCET... 76	ADVAIR DISKUS... 107	AMBISOME... 76
ABILIFY ASIMTUFII... 90	ADVAIR HFA... 107	ambrisentan... 108
ABILIFY MAINTENA... 90	ADVOCATE PEN NEEDLE... 49	amethia... 30
abiraterone... 78	ADVOCATE SYRINGES... 49	amethyst (28)... 30
ABOUTTIME PEN NEEDLE... 49	afirmelle... 30	amikacin... 64
ABRAXANE... 78	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 12	amiloride... 14
ABRYSVO... 40	ak-poly-bac... 46	amiloride-hydrochlorothiazide... 14
acamprosate... 22	AKEEGA... 78	aminocaproic acid... 102
acarbose... 104	albendazole... 89	aminophylline... 108
accutane... 25	albuterol sulfate... 107	AMINOSYN II 10 %... 97
acebutolol... 13	ALCAINE... 46	AMINOSYN II 15 %... 97
acetaminophen-codeine... 60, 61	ALCOHOL PADS... 49	AMINOSYN II 7 %... 97
acetazolamide sodium... 13	ALCOHOL PREP PADS... 49	AMINOSYN II 8.5 %... 97
acetazolamide... 13	ALCOHOL SWABS... 49	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 97
acetic acid... 49, 64	ALCOHOL WIPES... 49	AMINOSYN M 3.5 %... 97
acetylcysteine... 49, 107	ALECENSA... 78	AMINOSYN 10 %... 97
acitretin... 25	alendronate... 21	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 97
ACTHIB (PF)... 40	alfuzosin... 29	AMINOSYN 8.5 %... 97
ACTIMMUNE... 40	ALIMTA... 78	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 97
acyclovir sodium... 93	ALIQOPA... 78	AMINOSYN-PF 10 %... 97
acyclovir... 93	aliskiren... 14	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 97
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 40	allopurinol... 11	AMINOSYN-RF 5.2 %... 97
adapalene... 25	ALPHAGAN P... 46	amiodarone... 14
ADCETRIS... 78	alprazolam... 64	amitriptyline... 73
adefovir... 93	altavera (28)... 30	amlodipine... 14
ADEMPAS... 107	ALUNBRIG... 79	amlodipine-atorvastatin... 14
adenosine... 13, 14	alyacen 1/35 (28)... 30	
	alyacen 7/7/7 (28)... 30	
	alyq... 108	

amlodipine-benazepril...	14	ARRANON...	79	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS...	49
amlodipine-olmesartan...	14	arsenic trioxide...	79	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS...	49
amlodipine-valsartan...	14	asenapine maleate...	90	AUVELITY...	73
ammonium lactate...	25	ashlyna...	30	AUVI-Q...	108
amnesteem...	25	ASPARLAS...	79	aviane...	31
amoxapine...	73	aspirin-dipyridamole...	102	ayuna...	31
amoxicil-clarithromy-lansopraz...	28	ASSURE ID DUO-SHIELD...	49	AYVAKIT...	79
amoxicillin...	64, 65	ASSURE ID INSULIN SAFETY...	49	azacitidine...	79
amoxicillin-pot clavulanate...	65	ASSURE ID PEN NEEDLE...	49	azathioprine...	41
amphotericin b liposome...	76	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE...	49	azelaic acid...	25
amphotericin b...	76	atazanavir...	93	azelastine...	46, 108
ampicillin sodium...	65	atenolol...	14	azithromycin...	65
ampicillin...	65	atenolol-chlorthalidone...	14	aztreonam...	65
ampicillin-sulbactam...	65	atomoxetine...	23	azurette (28)...	31
anagrelide...	102	atorvastatin...	14	<b>B</b>	
anastrozole...	79	atovaquone...	89	bacitracin...	46, 65
apraclonidine...	46	atovaquone-proguanil...	89	bacitracin-polymyxin b...	46
aprepitant...	75	ATROPINE SULFATE (PF)...	46	baclofen...	11
APRETUDE...	93	atropine...	46	bal-care dha...	97
apri...	30	ATROVENT HFA...	108	balsalazide...	22
APTIOM...	70	aubra eq...	30	BALVERSA...	79
APTIVUS...	93	aubra...	30	balziva (28)...	31
AQINJECT PEN NEEDLE...	49	AUGMENTIN...	65	BAND-AID GAUZE PADS...	49
aranelle (28)...	30	aurovela fe 1.5/30 (28)...	31	BAQSIMI...	104
ARCALYST...	40	aurovela fe 1-20 (28)...	31	BARACLUDE...	93
AREXVY (PF)...	40	aurovela 1.5/30 (21)...	30	BAVENCIO...	79
arformoterol...	108	aurovela 1/20 (21)...	30	BCG VACCINE, LIVE (PF)...	41
aripiprazole...	90	aurovela 24 fe...	31	BD ALCOHOL SWABS...	49
ARISTADA INITIO...	90	AUSTEDO XR TITRATION		BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE...	
ARISTADA...	90	KT(WK1-4)...	23	49	
ARMOUR THYROID...	38	AUSTEDO XR...	23	BD ECLIPSE LUER-LOK...	49
ARNUITY ELLIPTA...	108	AUSTEDO...	23	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)...	
		AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE...	49	50	

BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE...	betaine... 111	BRILINTA... 102
50	betamethasone acet,sod phos... 37	brimonidine... 46
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 50	betamethasone dipropionate... 25	BRIVIACT... 70
BD INSULIN SYRINGE U-500... 50	betamethasone valerate... 25	bromocriptine... 13
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE...	betamethasone, augmented... 25	BROVANA... 108
50	BETASERON... 23	BRUKINSA... 79
BD INSULIN SYRINGE... 50	betaxolol... 46	budesonide... 22, 108
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 50	bethanechol chloride... 29	bumetanide... 14
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 50	BEVESPI AEROSPHERE... 108	bupivacaine (pf)... 63
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE...	bexarotene... 79	bupivacaine hcl... 63
50	BEXSERO... 41	buprenorphine hcl... 22
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 50	bicalutamide... 79	buprenorphine... 61
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 50	BICILLIN C-R... 65	buprenorphine-naloxone... 22, 23
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE...	BICILLIN L-A... 65	bupropion hcl (smoking deter)... 23
50	BICNU... 79	bupropion hcl... 73
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE...	BIKTARVY... 93	buspirone... 64
50	bismuth subcit k-metronidz-tcn...	busulfan... 79
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE...	28	BUSULFEX... 79
50	bisoprolol fumarate... 14	butalbital-acetaminop-caf-cod... 50
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 50	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 14	butalbital-acetaminophen-caff... 50
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 50	BLENREP... 79	BYDUREON BCISE... 104
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 50	bleomycin... 79	<b>C</b>
BELBUCA... 61	blisovi fe 1.5/30 (28)... 31	c-nate dha... 98
BELEODAQ... 79	blisovi fe 1/20 (28)... 31	CABENUVA... 93
BELSOMRA... 48	blisovi 24 fe... 31	cabergoline... 39
benazepril... 14	BOOSTRIX TDAP... 41	CABLIVI... 102
benazepril-hydrochlorothiazide... 14	BORDERED GAUZE... 50	CABOMETYX... 79
bendamustine... 79	BORTEZOMIB... 79	caffeine citrate... 50
BENDEKA... 79	BOSULIF... 79	calcipotriene... 26
BENLYSTA... 41	BRAFTOVI... 79	calcitonin (salmon)... 21
benztropine... 13	BREO ELLIPTA... 108	calcitriol... 21
BESPONSA... 79	BREZTRI AEROSPHERE... 108	calcium acetate(phosphat bind)... 98
BETADINE OPHTHALMIC PREP... 46	briellyn... 31	

calcium chloride... 98	caspofungin... 76	charlotte 24 fe... 31
calcium disodium versenate... 50	CAYSTON... 108	chateal (28)... 31
calcium gluconate... 98	caziant (28)... 31	chateal eq (28)... 31
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 79	cefaclor... 65	CHEMET... 98
CALQUENCE... 79	cefadroxil... 65	CHENODAL... 28
camila... 31	cefazolin in dextrose (iso-os)... 65	chloramphenicol sod succinate... 66
camrese lo... 31	cefazolin... 65	chlorhexidine gluconate... 25
camrese... 31	cefdinir... 65, 66	chloroquine phosphate... 89
CAMZYOS... 14	cefepime in dextrose 5 %... 66	chlorothiazide sodium... 15
candesartan... 14	cefepime in dextrose,iso-osm... 66	chlorpromazine... 90
candesartan-hydrochlorothiazid... 14	cefepime... 66	chlorthalidone... 15
CAPLYTA... 90	cefixime... 66	CHOLBAM... 111
CAPRELSA... 80	cefotaxime... 66	cholestyramine (with sugar)... 15
captopril... 14	cefotetan... 66	cholestyramine light... 15
captopril-hydrochlorothiazide... 15	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 66	cholestyramine-aspartame... 15
carbamazepine... 70	cefoxitin... 66	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 37
carbidopa-levodopa... 13	cefpodoxime... 66	ciclodan... 76
carbidopa-levodopa-entacapone... 13	cefprozil... 66	ciclopirox... 76
carboplatin... 80	ceftazidime in d5w... 66	cidofovir... 93
CAREFINE PEN NEEDLE... 50	ceftazidime... 66	cilostazol... 102
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 50	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 66	CILOXAN... 46
CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 51	ceftriaxone... 66	CIMDUO... 93
CARETOUCH PEN NEEDLE... 51	cefuroxime axetil... 66	cimetidine hcl... 28
carglumic acid... 98	cefuroxime sodium... 66	cimetidine... 28
carisoprodol... 107	celecoxib... 61	cinacalcet... 21
carmustine... 80	CELLCEPT INTRAVENOUS... 41	ciprofloxacin hcl... 11, 46, 66
carteolol... 46	CELLCEPT... 41	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 66
cartia xt... 15	CELONTIN... 70	cisplatin... 80
carvedilol phosphate... 15	cephalexin... 66	citalopram... 74
carvedilol... 15	CERDELGA... 111	cladribine... 80
	CEREZYME... 111	claravis... 26
	cetirizine... 108	clarithromycin... 66
	cevimeline... 25	

CLENPIQ... 28	CLINOLIPID... 98	COPAXONE... 23
CLEOCIN... 66	clobazam... 70	COPIKTRA... 80
CLICKFINE PEN NEEDLE... 51	clobetasol... 26	CORLANOR... 15
clindamycin hcl... 66	clobetasol-emollient... 26	CORLOPAM... 15
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 67	clofarabine... 80	COSENTYX (2 SYRINGES)... 41
clindamycin in 5 % dextrose... 67	CLOLAR... 80	COSENTYX PEN (2 PENS)... 41
clindamycin palmitate hcl... 67	clomipramine... 74	COSENTYX PEN... 41
clindamycin pediatric... 67	clonazepam... 64	COSENTYX UNREADY PEN... 41
clindamycin phosphate... 26, 67	clonidine hcl... 15	COSENTYX... 41
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 98	clonidine... 15	COSMEGEN... 80
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 98	clopidogrel... 102	COTELLIC... 80
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 98	clorazepate dipotassium... 64	CREON... 111
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 98	clotrimazole... 76	cromolyn... 46, 108
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 98	clotrimazole-betamethasone... 77	cryselle (28)... 31
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 98	clozapine... 90, 91	CRYSVITA... 111
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 98	COARTEM... 89	CURITY ALCOHOL SWABS... 51
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 98	colchicine... 12	CURITY GAUZE... 51
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 98	colestipol... 15	cyanocobalamin (vitamin b-12)... 112
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 98	colistin (colistimethate na)... 67	cyclafem 1/35 (28)... 31
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 98	COLUMVI... 80	cyclafem 7/7/7 (28)... 31
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 98	COMBIGAN... 46	cyclobenzaprine... 107
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 98	COMBIPATCH... 31	cyclophosphamide... 80
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 98	COMBIVENT RESPIMAT... 108	cycloserine... 78
CLINISOL SF 15 %... 98	COMETRIQ... 80	cyclosporine modified... 41
	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 51	cyclosporine... 41
	COMFORT EZ PEN NEEDLES... 51	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS... 41
	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL... 51	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV... 41
	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE... 51	CYLTEZO(CF) PEN... 41
	COMPLERA... 94	CYLTEZO(CF)... 41
	complete natal dha... 98	ciproheptadine... 108
	compro... 75	CYRAMZA... 80
	constulose... 28	

cyred eq... 31	demeccycline... 67	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 99
cyred... 31	DEMSE... 15	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 99
CYSTAGON... 111	DENGVAXIA (PF)... 41	dextrose 50 % in water (d50w)... 99
CYSTARAN... 46	DEPO-ESTRADIOL... 31	dextrose 70 % in water (d70w)... 99
cytarabine (pf)... 80	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 31	DIACOMIT... 70
cytarabine... 80	DERMACEA... 51	diazepam intensol... 64
<b>D</b>	DESCOVY... 94	diazepam... 64, 70
dabigatran etexilate... 102	desipramine... 74	diazoxide... 104
dacarbazine... 80	desloratadine... 108	diclofenac epolamine... 61
dactinomycin... 80	desmopressin... 37	diclofenac sodium... 26, 46, 61
dalfampridine... 23	desog-e.estradiol/e.estradiol... 31	diclofenac-misoprostol... 61
DALIRESP... 108	desogestrel-ethynodiol estradiol... 31	dicloxacillin... 67
danazol... 31	desvenlafaxine succinate... 74	dicyclomine... 28
dantrolene... 11	dexamethasone intensol... 38	didanosine... 94
DANYELZA... 80	dexamethasone sodium phos (pf)... 38	DIFICID... 67
dapsone... 78	dexamethasone sodium phosphate... 38, 46	difluprednate... 46
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 41	dexamethasone... 37	digitek... 15
daptomycin in 0.9 % sod chlor... 67	dexamethylphenidate... 23	digox... 15
daptomycin... 67	dexrazoxane hcl... 80	digoxin... 15
darifenacin... 29	dextroamphetamine sulfate... 23, 24	dihydroergotamine... 12
darunavir ethanolate... 94	dextroamphetamine-amphetamine... 24	DILANTIN INFATABS... 70
DARZALEX FASPRO... 80	dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 98	DILANTIN-125... 71
DARZALEX... 80	dextrose 10 % in water (d10w)... 98	dilt-xr... 15
dasetta 1/35 (28)... 31	dextrose 20 % in water (d20w)... 98	diltiazem hcl... 15, 16
dasetta 7/7/7 (28)... 31	dextrose 25 % in water (d25w)... 98	dimethyl fumarate... 24
daunorubicin... 80	dextrose 30 % in water (d30w)... 99	diphenhydramine hcl... 108
DAURISMO... 80	dextrose 40 % in water (d40w)... 99	diphenoxylate-atropine... 28
daysee... 31	dextrose 5 % in water (d5w)... 99	dipyridamole... 102
deblitane... 31	dextrose 5 %-lactated ringers... 99	disulfiram... 23
decitabine... 80		DIURIL... 16
deferasirox... 98		divalproex... 71
DELSTRIGO... 94		

DOCEFREZ... 81	duloxetine... 74	EDURANT... 94
docetaxel... 81	DUPIXENT PEN... 41	efavirenz... 94
dodex... 112	DUPIXENT SYRINGE... 41, 42	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 94
dofetilide... 16	DUREZOL... 46	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 94
DOJOLVI... 51	dutasteride... 30	EGRIFTA SV... 37
dolishale... 32	dutasteride-tamsulosin... 30	electrolyte-a... 99
donepezil... 11	d10 %-0.45 % sodium chloride... 98	electrolyte-148... 99
dorzolamide... 46	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 98	electrolyte-48 in d5w... 99
dorzolamide-timolol... 46	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 98	EELYSO... 111
dotti... 32	d5 %-0.45 % sodium chloride... 98	ELIGARD (3 MONTH)... 39
DOVATO... 94	<b>E</b>	
doxazosin... 16	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 52	ELIGARD (4 MONTH)... 39
doxepin... 64	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 52	ELIGARD (6 MONTH)... 39
doxercalciferol... 21	EASY COMFORT PEN NEEDLES... 52	ELIGARD... 39
doxorubicin... 81	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 52	elinest... 32
doxorubicin, peg-liposomal... 81	EASY GLIDE PEN NEEDLE... 52	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 102
doxy-100... 67	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 52	ELIQUIS... 102
doxycycline hyclate... 67	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 52	ELLA... 32
doxycycline monohydrate... 67	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 52	ELMIRON... 30
DRIZALMA SPRINKLE... 74	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 52	ELREXFIO... 81
dronabinol... 75	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 52	eluryng... 32
droperidol... 91	EASY TOUCH PEN NEEDLE... 52	ELZONRIS... 81
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 51	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 52	EMBRACE PEN NEEDLE... 53
DROPLET INSULIN SYRINGE... 51	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 53	EMCYT... 81
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 51	EASY TOUCH UNI-SLIP... 53	EMGALITY PEN... 12
DROPLET PEN NEEDLE... 51	EASY TOUCH... 52	EMGALITY SYRINGE... 12
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 52	ec-naproxen... 61	emoquette... 32
DROPSAFE INSULIN SYRINGE... 52	econazole... 77	EMPLICITI... 81
DROPSAFE PEN NEEDLE... 52		EMSAM... 74
drospirenone-ethynodiol... 32		emtricitabine... 94
DROXIA... 52		emtricitabine-tenofov (tdf)... 94
DUAVEE... 32		EMTRIVA... 94
		enalapril maleate... 16

enalapril-hydrochlorothiazide...	16	ERLEADA...	81	EXKIVITY...	81
enalaprilat...	16	erlotinib...	81	EYSUVIS...	46
ENBREL MINI...	42	errin...	32	ezetimibe...	16
ENBREL SURECLICK...	42	ertapenem...	67	ezetimibe-simvastatin...	16
ENBREL...	42	ery pads...	26	<b>F</b>	
endocet...	61	ERYTHROCIN...	67	falmina (28)...	32
ENDOMETRIN...	32	erythromycin lactobionate...	67	famciclovir...	94
ENGERIX-B (PF)...	42	erythromycin with ethanol...	26	famotidine (pf)...	28
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)...	42	erythromycin...	46, 67	famotidine (pf)-nacl (iso-os)...	28
ENHERTU...	81	escitalopram oxalate...	74	famotidine...	28
enilloring...	32	esomeprazole magnesium...	28	FANAPT...	91
enoxaparin...	102	estradiol valerate...	32	FARXIGA...	104
enpresse...	32	estradiol...	32	FASENRA PEN...	108
enskyce...	32	estradiol-norethindrone acet...	32	felbamate...	71
ENSTILAR...	26	ESTRING...	32	felodipine...	16
entacapone...	13	ethacrynone sodium...	16	femynor...	32
entecavir...	94	ethambutol...	78	fenofibrate micronized...	16
ENTRESTO...	16	ethosuximide...	71	fenofibrate nanocrystallized...	16
enulose...	28	ethynodiol diac-eth estradiol...	32	fenofibrate...	16
ENVARSUS XR...	42	etodolac...	61	fenofibric acid...	16
EPCLUSA...	94	etonogestrel-ethynodiol diacet...	32	fentanyl citrate (pf)...	61
EPIDIOLEX...	71	ETOPOPHOS...	81	fentanyl citrate...	61
epinephrine...	108	etoposide...	81	fentanyl...	61
epirubicin...	81	etravirine...	94	fesoterodine...	30
epitol...	71	EULEXIN...	81	FETZIMA...	74
EPIVIR HBV...	94	EUTHYROX...	38	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN...	
EPKINLY...	81	everolimus (antineoplastic)...	81	104	
epoprostenol (glycine)...	108	everolimus (immunosuppressive)...	42	FIASP PENFILL U-100 INSULIN...	104
EPRONTIA...	12	EVOMELA...	81	FIASP U-100 INSULIN...	104
ERBITUX...	81	EVOTAZ...	94	finasteride...	30
ergocalciferol (vitamin d2)...	112	EXEL INSULIN...	53	fingolimod...	24
ergotamine-caffeine...	12	exemestane...	81	FINTEPLA...	71
ERIVEDGE...	81			FIRDAPSE...	24

FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 39	FOLOTYN... 82	gemfibrozil... 16
FIRMAGON... 39	formoterol fumarate... 109	GEMTESA... 30
flecainide... 16	FORTEO... 21	generlac... 29
FLOVENT DISKUS... 108, 109	fosamprenavir... 94	gengraf... 42
FLOVENT HFA... 109	fosinopril... 16	gentak... 46
flouxuridine... 81	fosinopril-hydrochlorothiazide... 16	gentamicin in nacl (iso-osm)... 67
fluconazole in nacl (iso-osm)... 77	fosphenytoin... 71	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 68
fluconazole... 77	FOTIVDA... 82	gentamicin sulfate (pf)... 68
flucytosine... 77	FREESTYLE PRECISION... 53	gentamicin... 47, 67
fludarabine... 81	FRUZAQLA... 82	GENVOYA... 94
fludrocortisone... 38	FULPHILA... 102	GILENYA... 24
flumazenil... 53	fulvestrant... 82	GILOTRIF... 82
flunisolide... 109	furosemide... 16	glatiramer... 24
fluocinolone acetonide oil... 11	FUZEON... 94	glatopa... 24
fluocinolone and shower cap... 26	FYARRO... 82	GLEOSTINE... 82
fluocinolone... 26	FYCOMPA... 71	glimepiride... 104
fluocinonide... 26	<b>G</b>	glipizide... 104
fluocinonide-e... 26	gabapentin... 71	glipizide-metformin... 104
fluocinonide-emollient... 26	galantamine... 11	GLUCAGEN HYPOKIT... 104
fluorometholone... 46	GAMUNEX-C... 42	glyburide micronized... 104
fluorouracil... 26, 81	GARDASIL 9 (PF)... 42	glyburide... 104
fluoxetine... 74	gatifloxacin... 46	glyburide-metformin... 104
fluphenazine decanoate... 91	GATTEX ONE-VIAL... 28	GLYCOPHOS... 99
fluphenazine hcl... 91	GATTEX 30-VIAL... 28	glycopyrrolate... 29
flurbiprofen sodium... 46	GAUZE BANDAGE... 53	GLYXAMBI... 104
flurbiprofen... 61	GAUZE PAD... 53	granisetron (pf)... 75
flutamide... 82	gavilyte-c... 28	granisetron hcl... 75
fluticasone propion-salmeterol... 109	gavilyte-g... 28	griseofulvin microsize... 77
fluticasone propionate... 26, 109	gavilyte-n... 28	griseofulvin ultramicrosize... 77
fluvastatin... 16	GAVRETO... 82	guanfacine... 16, 24
fluvoxamine... 74	GAZYVA... 82	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK... 104
folic acid... 112	gefitinib... 82	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK... 104
	gemcitabine... 82	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 105

GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE...	105	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS...	ibuprofen...	62
GVOKE...	104	43	ibutilide fumarate...	17
<b>H</b>		HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC...	icatibant...	43
HAEGARDA...	42	43	iclevia...	33
hailey fe 1.5/30 (28)...	32	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL	ICLUSIG...	82
hailey fe 1/20 (28)...	32	HS...	idarubicin...	82
hailey 24 fe...	32	HUMIRA(CF)...	IDHIFA...	82
hailey...	32	HUMULIN R U-500 (CONC)	ifosfamide...	82
HALAVEN...	82	INSULIN...	ILEVRO...	47
haloette...	32	HUMULIN R U-500 (CONC)	imatinib...	82
haloperidol decanoate...	91	KWIKPEN...	IMBRUVICA...	82
haloperidol lactate...	91	hydralazine...	IMFINZI...	82
haloperidol...	91	hydrochlorothiazide...	imipenem-cilastatin...	68
HARVONI...	94, 95	hydrocodone-acetaminophen...	imipramine hcl...	74
HAVRIX (PF)...	42	hydrocodone-ibuprofen...	imipramine pamoate...	74
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE...	53	hydrocortisone...	imiquimod...	27
HEALTHWISE PEN NEEDLE...	53	hydrocortisone-acetic acid...	IMJUDO...	82
HEALTHY ACCENTS UNIFINE		hydromorphone...	IMLYGIC...	83
PENTIP...	53	hydroxychloroquine...	IMOVAZ RABIES VACCINE (PF)...	43
heather...	32	hydroxyurea...	INBRIJA...	13
heparin (porcine)...	103	hydroxyzine hcl...	incassia...	33
heparin, porcine (pf)...	103	hydroxyzine pamoate...	INCONTROL ALCOHOL PADS...	53
HEPLISAV-B (PF)...	42	HYFTOR...	INCONTROL PEN NEEDLE...	53
HETLIOZ LQ...	48	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC	INCRELEX...	37
HETLIOZ...	48	STARTER...	indapamide...	17
HIBERIX (PF)...	42	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER...	indomethacin...	62
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS		43	INFANRIX (DTAP) (PF)...	43
START...	42	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN	INGREZZA INITIATION PACK...	24
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL		STARTER...	INGREZZA...	24
HS...	42	HYRIMOZ(CF) PEN...	INLYTA...	83
HUMIRA PEN...	42	43	INQOVI...	83
HUMIRA...	42	<b>I</b>	INREBIC...	83
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		ibandronate...		
STARTER...	42	21, 22		
		IBRANCE...		
		82		
		ibu...		
		62		

INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 53	isosorbide dinitrate... 17	junel 1/20 (21)... 33
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 53	isosorbide mononitrate... 17	<b>K</b>
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 53	isotretinoin... 27	K-TAB... 99
INSULIN SYRINGE... 53	isradipine... 17	KABIVEN... 99
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 54	ISTODAX... 83	KADCYLA... 83
INSUPEN PEN NEEDLE... 54	ISUPREL... 17	kalliga... 33
INTELENCE... 95	itraconazole... 77	KALYDECO... 109
INTRALIPID... 99	IV PREP WIPES... 54	KANJINTI... 83
INTRON A... 43	ivermectin... 90	kariva (28)... 33
INVEGA HAFYERA... 91	IXEMPRA... 83	kelnor 1-50 (28)... 33
INVEGA SUSTENNA... 91	IXIARO (PF)... 43	kelnor 1/35 (28)... 33
INVEGA TRINZA... 91	<b>J</b>	KERENDIA... 17
INVIRASE... 95	jaimiess... 33	KESIMPTA PEN... 24
INVOKAMET XR... 105	JAKAFI... 83	ketoconazole... 77
INVOKAMET... 105	jantoven... 103	ketorolac... 47, 62
INVOKANA... 105	JANUMET XR... 105	KEVZARA... 43
IONOSOL-B IN D5W... 99	JANUMET... 105	KEYTRUDA... 83
IONOSOL-MB IN D5W... 99	JANUVIA... 105	KIMMTRAK... 83
IPOL... 43	JARDIANC... 105	KINRIX (PF)... 43
ipratropium bromide... 109	jasmiel (28)... 33	KISQALI FEMARA CO-PACK... 83
ipratropium-albuterol... 109	javygtor... 111	KISQALI... 83
irbesartan... 17	JAYPIRCA... 83	klayesta... 77
irbesartan-hydrochlorothiazide... 17	JEMPERLI... 83	klor-con m10... 99
IRESSA... 83	jencycla... 33	KLOR-CON M15... 99
irinotecan... 83	JENTADUETO XR... 105	klor-con m20... 99
ISENTRESS HD... 95	JENTADUETO... 105	KLOR-CON 10... 99
ISENTRESS... 95	JEVTANA... 83	KLOR-CON 8... 99
isibloom... 33	juleber... 33	KOMBIGLYZE XR... 105
ISOLYTE S PH 7.4... 99	JULUCA... 95	KORLYM... 54
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 99	junel fe 1.5/30 (28)... 33	KOSELUGO... 83
ISOLYTE-S... 99	junel fe 1/20 (28)... 33	kourzeq... 25
isoniazid... 78	junel fe 24... 33	KRAZATI... 83
	junel 1.5/30 (21)... 33	KRINTAFEL... 90

kurvelo (28)... 33	lessina... 33	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 17
KYNMOBI... 13	letrozole... 84	lidocaine viscous... 63
KYPROLIS... 83	leucovorin calcium... 84	lidocaine... 63
<b>L</b>		
l norgest/e.estriadiol-e.estrad... 33	LEUKERAN... 84	lidocaine-epinephrine... 63
labetalol... 17	leuprolide (3 month)... 39	lidocaine-prilocaine... 63
lacosamide... 71	leuprolide... 39	lillow (28)... 34
lactated ringers... 54, 99	levalbuterol tartrate... 109	lincomycin... 68
lactulose... 29	LEVEMIR FLEXPEN... 105	lindane... 27
LAGEVRIO (EUA)... 54	LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN... 105	linezolid in dextrose 5%... 68
lamivudine... 95	LEVEMIR U-100 INSULIN... 105	linezolid... 68
lamivudine-zidovudine... 95	levetiracetam in nacl (iso-os)... 72	linezolid-0.9% sodium chloride... 68
lamotrigine... 71	levetiracetam... 71, 72	LINZESS... 29
LAMPIT... 90	LEVO-T... 39	liothyronine... 39
lanreotide... 39	levobunolol... 47	LIPOFEN... 17
lansoprazole... 29	levocarnitine (with sugar)... 99	lisinopril... 17
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 105	levocarnitine... 99	lisinopril-hydrochlorothiazide... 17
LANTUS U-100 INSULIN... 105	levocetirizine... 109	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 54
lapatinib... 83	levofloxacin in d5w... 68	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 54
larin fe 1.5/30 (28)... 33	levofloxacin... 68	lithium carbonate... 48
larin fe 1/20 (28)... 33	levoleucovorin calcium... 84	lithium citrate... 48
larin 1.5/30 (21)... 33	levonest (28)... 33	LITHOSTAT... 54
larin 1/20 (21)... 33	levonorg-eth estrad triphasic... 33	lo-zumandimine (28)... 34
larin 24 fe... 33	levonorgestrel-ethinyl estrad... 33	LOCOID LIPOCREAM... 27
larissa... 33	levora-28... 33	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 34
latanoprost... 47	levothyroxine... 39	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 34
LATUDA... 91	LEVOXYL... 39	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 34
ledipasvir-sofosbuvir... 95	LEVULAN... 84	LOESTRIN 1/20 (21)... 34
leena 28... 33	LEXIVA... 95	lojaimiess... 34
leflunomide... 43	LIBTAYO... 84	LONSURF... 84
lenalidomide... 83	lidocaine (pf) in d7.5w... 63	loperamide... 29
LENVIMA... 83, 84	lidocaine (pf)... 17	lopinavir-ritonavir... 95
	lidocaine hcl... 63	lorazepam intensol... 64

lorazepam... 64	MAGELLAN SYRINGE... 54	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 43
LORBRENA... 84	magnesium sulfate in d5w... 99	mercaptopurine... 84
loryna (28)... 34	magnesium sulfate in water... 100	meropenem... 68
losartan... 17	magnesium sulfate... 99	meropenem-0.9% sodium chloride... 68
losartan-hydrochlorothiazide... 17	malathion... 27	mesalamine... 22
LOTEMAX SM... 47	mannitol 10 %... 17	MESNEX... 84
lovastatin... 17	mannitol 20 %... 18	metformin... 105
low-ogestrel (28)... 34	mannitol 25 %... 18	methadone intensol... 62
loxapine succinate... 91	mannitol 5 %... 18	methadone... 62
LUMAKRAS... 84	maraviroc... 95	methazolamide... 18
LUMIGAN... 47	MARGENZA... 84	methenamine hippurate... 68
LUMOXITI... 84	marlissa (28)... 34	methimazole... 40
LUNSUMIO... 84	MARPLAN... 74	methocarbamol... 107
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 39	MATULANE... 84	methotrexate sodium (pf)... 43, 44
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 39	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 54	methotrexate sodium... 43
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 39	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 54	methoxsalen... 27
LUPRON DEPOT... 39	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 54	methscopolamine... 29
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 40	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 54	methsuximide... 72
LUPRON DEPOT-PED... 39	meclizine... 76	methyldopa... 18
lurasidone... 92	medroxyprogesterone... 34	methyldopa-hydrochlorothiazide... 18
lutera (28)... 34	mefloquine... 90	methylphenidate hcl... 24
LYBALVI... 92	megestrol... 34	methylprednisolone acetate... 38
lyleq... 34	MEKINIST... 84	methylprednisolone sodium succ... 38
lyllana... 34	MEKTOVI... 84	methylprednisolone... 38
LYNPARZA... 84	meloxicam... 62	metoclopramide hcl... 76
LYSODREN... 40	melphalan hcl... 84	metolazone... 18
LYTGOBI... 84	melphalan... 84	metoprolol succinate... 18
lyza... 34	memantine... 11	metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 18
<b>M</b>		
M-M-R II (PF)... 43	MENACTRA (PF)... 43	metoprolol tartrate... 18
m-natal plus... 99	MENEST... 34	metronidazole in nacl (iso-os)... 68
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 54	MENQUADFI (PF)... 43	

metronidazole...	68	MONOJECT ULTRA COMFORT	NATACYN...	47
metyrosine...	18	INSULIN...	NATAZIA...	34
micafungin...	77	montelukast...	nateglinide...	105
miconazole-3...	77	morphine concentrate...	NATPARA...	22
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE...	55	morphine...	NAYZILAM...	72
microgestin fe 1.5/30 (28)...	34	MOUNJARO...	nebivolol...	18
microgestin fe 1/20 (28)...	34	MOVANTIK...	NEBUPENT...	90
microgestin 1.5/30 (21)...	34	moxifloxacin...	necon 0.5/35 (28)...	34
microgestin 1/20 (21)...	34	MOZOBIL...	nefazodone...	74
microgestin 24 fe...	34	MULTAQ...	nelarabine...	85
midodrine...	18	mupirocin...	neo-polycin hc...	47
mili...	34	MUTAMYCIN...	neo-polycin...	47
mimvey...	34	MVASI...	neomycin...	68
MINI ULTRA-THIN II...	55	MYALEPT...	neomycin-bacitracin-poly-hc...	47
minocycline...	68	mycophenolate mofetil (hcl)...	neomycin-bacitracin-polymyxin...	47
minoxidil...	18	mycophenolate mofetil...	neomycin-polymyxin b-dexameth...	47
MIRCETTE (28)...	34	mycophenolate sodium...	neomycin-polymyxin-gramicidin...	47
mirtazapine...	74	MYFORTIC...	neomycin-polymyxin-hc...	11, 47
misoprostol...	29	MYLOTARG...	NEONATAL COMPLETE...	100
MITIGARE...	12	myorisan...	NEONATAL PLUS VITAMIN...	100
mitomycin...	85	MYRBETRIQ...	NEONATAL-DHA...	100
mitoxantrone...	85	<b>N</b>	NERLYNX...	85
modafinil...	48	nabumetone...	NEULASTA ONPRO...	103
moexipril...	18	nadolol...	NEULASTA...	103
molindone...	92	nafcillin in dextrose iso-osm...	nevirapine...	95
mometasone...	27, 109	nafcillin...	NEXLETOL...	18
monodoxine nl...	68	nalmefene...	NEXLIZET...	18
MONJUVI...	44	naloxone...	NEXTERONE...	18
mono-linyah...	34	naltrexone...	niacin...	18
MONOJECT INSULIN SAFETY		NAMZARIC...	niacor...	18
SYRING...	55	naproxen sodium...	NICOTROL NS...	23
MONOJECT INSULIN SYRINGE...	55	naproxen...		
MONOJECT SYRINGE...	55	naratriptan...		

nifedipine... 18	nortrel 1/35 (28)... 35	nyamyc... 77
nikki (28)... 34	nortrel 7/7/7 (28)... 35	nylia 1/35 (28)... 35
nilutamide... 85	nortriptyline... 74	nylia 7/7/7 (28)... 35
nimodipine... 18	NORVIR... 95	nymyo... 35
NINLARO... 85	NOVOFINE AUTOCOVER... 55	nystatin... 77
NIPENT... 85	NOVOFINE PLUS... 55	nystatin-triamcinolone... 77
nisoldipine... 18	NOVOFINE 32... 55	nystop... 77
nitazoxanide... 90	NOVOLIN N FLEXPEN... 106	<b>O</b>
nitisinone... 111	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 106	O-CAL PRENATAL... 100
nitrofurantoin macrocrystal... 68	NOVOLIN R FLEXPEN... 106	ocella... 35
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 68	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 106	octreotide acetate... 40
nitroglycerin in 5 % dextrose... 19	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 106	ODEFSEY... 95
nitroglycerin... 19	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 106	ODOMZO... 85
NITROSTAT... 19	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 106	OFEV... 109
NIVESTYM... 103	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 106	ofloxacin... 11, 47, 69
nizatidine... 29	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 106	OJJAARA... 85
nora-be... 35	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 106	olanzapine... 92
norepinephrine bitartrate... 19	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 106	olmesartan... 19
noreth-ethinyl estradiol-iron... 35	NOVOPEN ECHO... 55	olmesartan-amlodipin-hcthiazid... 19
norethindrone (contraceptive)... 35	NOVOTWIST... 55	olmesartan-hydrochlorothiazide... 19
norethindrone ac-eth estradiol... 35	NOXAFIL... 77	olopatadine... 47
norethindrone acetate... 35	NUBEQA... 85	omega-3 acid ethyl esters... 19
norethindrone-e.estradiol-iron... 35	NUCALA... 109	omeprazole... 29
norgestimate-ethinyl estradiol... 35	NUEDEXTA... 24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 55
norlyda... 35	NUPLAZID... 92	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 55
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 100	NUTRILIPID... 100	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 55
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 100	NUZYRA... 69	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 55
NORMOSOL-R PH 7.4... 100		OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 55
NORMOSOL-R... 100		
nortrel 0.5/35 (28)... 35		
nortrel 1/35 (21)... 35		

OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 55	OSPHENA... 35	peg 3350-electrolytes... 29
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 55	OTEZLA STARTER... 27	peg-electrolyte soln... 29
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 55	OTEZLA... 27	PEGASYS... 44
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 55	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 69	PEMAZYRE... 85
OMNIPOD GO PODS... 55	oxacillin... 69	pemetrexed disodium... 86
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)... 55	oxaliplatin... 85	pemetrexed... 85
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 55	oxandrolone... 35	PEN NEEDLE... 55
OMNITROPE... 37	oxazepam... 64	PEN NEEDLE, DIABETIC... 56
ONCASPAR... 85	oxcarbazepine... 72	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY... 56
ondansetron hcl (pf)... 76	oxybutynin chloride... 30	penicillamine... 100
ondansetron hcl... 76	oxycodone... 63	penicillin g pot in dextrose... 69
ondansetron... 76	oxycodone-acetaminophen... 63	penicillin g potassium... 69
ONGLYZA... 106	OZEMPIC... 106	penicillin g procaine... 69
ONIVYDE... 85	<b>P</b>	penicillin g sodium... 69
ONUREG... 85	PACERONE... 19	penicillin v potassium... 69
OPDIVO... 85	paclitaxel protein-bound... 85	PENTACEL (PF)... 44
OPDUALAG... 85	paclitaxel... 85	PENTAM... 90
OPSUMIT... 109	PADCEV... 85	pentamidine... 90
oralone... 25	paliperidone... 92	PENTIPS... 56
ORBACTIV... 69	pamidronate... 22	pentoxifylline... 19
ORGOVYX... 40	PANRETIN... 85	PERFOROMIST... 110
ORKAMBI... 109	pantoprazole... 29	PERIKABIVEN... 100
ORSERDU... 85	paraplatin... 85	perindopril erbumine... 19
orsythia... 35	paricalcitol... 22	periogard... 25
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 35	paroex oral rinse... 25	PERJETA... 86
oseltamivir... 95	paromomycin... 69	permethrin... 27
OSMITROL 10 %... 19	paroxetine hcl... 74, 75	perphenazine... 92
OSMITROL 15 %... 19	PASER... 78	perphenazine-amitriptyline... 75
OSMITROL 20 %... 19	PAXIL... 75	PERSERIS... 92
OSMITROL 5 %... 19	PAXLOVID... 55	pfizerpen-g... 69
	pazopanib... 85	phenelzine... 75
	PEDIARIX (PF)... 44	phenobarbital... 72
	PEDVAX HIB (PF)... 44	PHENYTEK... 72

phenytoin sodium extended... 72	PORTRAZZA... 86	prednisolone sodium phosphate... 38, 47
phenytoin sodium... 72	posaconazole... 77, 78	prednisolone... 38
phenytoin... 72	potassium acetate... 100	prednisone intensol... 38
philith... 35	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 100	prednisone... 38
PHOSPHOLINE IODIDE... 47	potassium chloride in lr-d5... 100	pregabalin... 24
PHYSIOLYTE... 56	potassium chloride in water... 101	PREHEVBARIO (PF)... 44
PHYSIOSOL IRRIGATION... 56	potassium chloride in 0.9%nacl... 100	PREMARIN... 35
PIFELTRO... 95	potassium chloride in 5 % dex... 100	PREMASOL 10 %... 101
pilocarpine hcl... 25, 47	potassium chloride... 100	PRENATA... 101
pimecrolimus... 27	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 101	PRENATABS FA... 101
pimozide... 92	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 101	prenatal plus (calcium carb)... 101
pimtrea (28)... 35	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 101	prenatal plus vitamin-mineral... 101
pioglitazone... 106	potassium citrate... 101	PRENATE ELITE... 101
pioglitazone-metformin... 106	POTELIGEO... 86	preplus... 101
PIP PEN NEEDLE... 56	pr natal 400 ec... 101	prevalite... 19
piperacillin-tazobactam... 69	pr natal 400... 101	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 56
PIQRAY... 86	pr natal 430 ec... 101	previfem... 35
pirfenidone... 110	pr natal 430... 101	PREVYMIS... 95, 96
pirmella... 35	PRADAXA... 103	PREZCOBIX... 96
piroxicam... 63	pralatrexate... 86	PREZISTA... 96
PLASMA-LYTE A... 100	pramipexole... 13	PRIFTIN... 78
PLASMA-LYTE 148... 100	prasugrel... 103	primaquine... 90
PLENAMINE... 100	pravastatin... 19	primidone... 72
plerixafor... 103	praziquantel... 90	PRIMSOL... 69
podofilox... 27	prazosin... 19	PRIORIX (PF)... 44
POLIVY... 86	PRED-G... 47	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 56
polocaine... 63	prednisolone acetate... 47	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 56
polocaine-mpf... 64		PRO COMFORT PEN NEEDLE... 56
polycin... 47		probenecid... 12
polymyxin b sulf-trimethoprim... 47		probenecid-colchicine... 12
polymyxin b sulfate... 69		procainamide... 19
POMALYST... 86		
portia 28... 35		

PROCALAMINE 3%... 101	pyrazinamide... 78	RETACRIT... 103
prochlorperazine edisylate... 76	pyridostigmine bromide... 12	RETEVMO... 86
prochlorperazine maleate... 76	pyrimethamine... 90	RETROVIR... 96
prochlorperazine... 76	PYRUKYND... 103	REVCORI... 111
PROCERIT... 103	<b>Q</b>	
procto-med hc... 27	QINLOCK... 86	REXULTI... 92
proctosol hc... 27	QUADRACEL (PF)... 44	REYATAZ... 96
proctozone-hc... 27	QUARTETTE... 36	REZLIDHIA... 86
PRODIGY INSULIN SYRINGE... 56	quetiapine... 92	REZUROCK... 44
progesterone micronized... 35	quinapril... 20	RHOPHYLAC... 44
progesterone... 35	quinapril-hydrochlorothiazide... 20	RHOPRESSA... 47
PROGRAF... 44	quinidine sulfate... 20	RIABNI... 86
PROLASTIN-C... 111	quinine sulfate... 90	ribavirin... 56, 96
PROLEUKIN... 86	QULIPTA... 12	rifabutin... 78
PROLIA... 22	<b>R</b>	
PROMACTA... 103	RABAVERT (PF)... 44	rifampin... 78
promethazine... 76	rabeprazole... 29	riluzole... 24
propafenone... 19	raloxifene... 36	rimantadine... 96
proparacaine... 47	ramipril... 20	ringer's... 56, 101
propranolol... 19, 20	ranolazine... 20	RINVOQ... 44
propranolol-hydrochlorothiazid... 20	rasagiline... 13	risedronate... 22
propylthiouracil... 40	RAYALDEE... 22	RISPERDAL CONSTA... 92
PROQUAD (PF)... 44	reclipsen (28)... 36	risperidone... 92
PROSOL 20 %... 101	RECOMBIVAX HB (PF)... 44	ritonavir... 96
protamine... 56	RECTIV... 56	rivastigmine tartrate... 11
protriptyline... 75	REGRANEX... 27	rivastigmine... 11
PULMOZYME... 110	RELENZA DISKHALER... 96	rivelsa... 36
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 56	repaglinide... 106	rizatriptan... 12
PURE COMFORT PEN NEEDLE... 56	REPATHA PUSHTRONEX... 20	ROCKLATAN... 47
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 56	REPATHA SURECLICK... 20	roflumilast... 110
PURIXAN... 86	REPATHA SYRINGE... 20	romidepsin... 86
PYLERA... 29	RESTASIS MULTIDOSE... 47	ropinirole... 13
	RESTASIS... 47	ropivacaine (pf)... 64
		rosuvastatin... 20
		ROTARIX... 44

ROTATEQ VACCINE... 44	selegiline hcl... 13	sodium chloride... 57, 101
roweepra xr... 72	selenium sulfide... 27	sodium oxybate... 48
roweepra... 72	SELZENTRY... 96	sodium phenylbutyrate... 111
ROZLYTREK... 86	sertraline... 75	sodium phosphate... 102
RUBRACA... 86	setlakin... 36	sodium polystyrene sulfonate... 102
rufinamide... 72	sevelamer carbonate... 101	solifenacin... 30
RUKOBIA... 96	sharobel... 36	SOLIQUA 100/33... 106
RUXIENCE... 86	SHINGRIX (PF)... 45	SOLTAMOX... 86
RUZURGI... 24	SIGNIFOR... 40	SOLU-MEDROL (PF)... 38
RYBELSUS... 106	sildenafil (pulm.hypertension)... 110	SOLU-MEDROL... 38
RYBREVANT... 86	sildenafil... 112	SOMATULINE DEPOT... 40
RYDAPT... 86	silver sulfadiazine... 27	SOMAVERT... 40
RYLAZE... 86	SIMBRINZA... 48	sorafenib... 87
RYTARY... 13	simliya (28)... 36	sorbitol-mannitol... 57
<b>S</b>		
SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 56	simpesse... 36	sorine... 20
SAFETY PEN NEEDLE... 56	SIMULECT... 45	sotalol af... 20
sajazir... 44	simvastatin... 20	sotalol... 20
SANCUSO... 76	sirolimus... 45	SPIRIVA RESPIMAT... 110
SANDIMMUNE... 45	SIRTURO... 78	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 110
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 40	SIVEXTRO... 69	spironolacton-hydrochlorothiaz... 20
SANTYL... 27	SKY SAFETY PEN NEEDLE... 57	spironolactone... 20
sapropterin... 111	SKYCLARYS... 24	sprintec (28)... 36
SARCLISA... 86	SKYRIZI... 45	SPRITAM... 72
SAVELLA... 24	SLYND... 36	SPRYCEL... 87
saxagliptin... 106	SMOFLIPID... 101	SPS (WITH SORBITOL)... 102
saxagliptin-metformin... 106	sodium benzoate-sod phenylacet... 57	sronyx... 36
SCEMBLIX... 86	sodium bicarbonate... 101	SSD... 27
scopolamine base... 76	sodium chloride 0.45 %... 101	stavudine... 96
se-natal 19 chewable... 101	sodium chloride 0.9 %... 101	STELARA... 45
SECUADO... 93	sodium chloride 3 % hypertonic... 101	STIOLTO RESPIMAT... 110
SECURESAFE INSULIN SYRINGE... 56	sodium chloride 5 % hypertonic... 101	STIVARGA... 87
SECURESAFE PEN NEEDLE... 57		STRENSIQ... 111

streptomycin... 69	SYMBICORT... 110	taztia xt... 20
STRIBILD... 96	SYMDEKO... 110	TAZVERIK... 87
STRIVERDI RESPIMAT... 110	SYMFI LO... 96	TDVAX... 45
subvenite starter (blue) kit... 72	SYMFI... 96	TECENTRIQ... 87
subvenite starter (green) kit... 73	SYMJEPI... 110	TECHLITE INSULIN SYRINGE... 57
subvenite starter (orange) kit... 73	SYMLINPEN 120... 106	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)... 57
subvenite... 72	SYMLINPEN 60... 106	TECHLITE PEN NEEDLE... 57
SUCRAID... 111	SYMPAZAN... 73	TECVAYLI... 87
sucralfate... 29	SYMTUZA... 96	TEFLARO... 69
sulfacetamide sodium (acne)... 69	SYNAREL... 40	telmisartan... 20
sulfacetamide sodium... 48, 69	SYNERCID... 69	telmisartan-amlodipine... 20
sulfacetamide-prednisolone... 48	SYNJARDY XR... 106	telmisartan-hydrochlorothiazid... 20
sulfadiazine... 69	SYNJARDY... 106	temazepam... 48
sulfamethoxazole-trimethoprim... 69	SYNRIBO... 87	TEMIXYS... 96
sulfasalazine... 22	SYNTHROID... 39	temsirolimus... 87
sulindac... 63	<b>T</b>	teniposide... 87
sumatriptan succinate... 12	TABLOID... 87	TENIVAC (PF)... 45
sumatriptan... 12	TABRECTA... 87	tenofovir disoproxil fumarate... 96
sunitinib malate... 87	tacrolimus... 28, 45	TEPMETKO... 87
SUNLENCA... 96	tadalafil (pulm. hypertension)... 110	terazosin... 20
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 57	TAFINLAR... 87	terbinafine hcl... 78
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 57	TAGRISSO... 87	terconazole... 78
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 57	TALVEY... 87	teriflunomide... 24
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 57	TALZENNA... 87	TERUMO INSULIN SYRINGE... 57
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 57	tamoxifen... 87	testosterone cypionate... 36
SURE-FINE PEN NEEDLES... 57	tamsulosin... 30	testosterone enanthate... 36
SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 57	TARGETIN... 87	testosterone... 36
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 57	tarina fe 1-20 eq (28)... 36	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 45
syeda... 36	tarina fe 1/20 (28)... 36	tetrabenazine... 24, 25
SYLVANT... 45	tarina 24 fe... 36	THALOMID... 87
	TASIGNA... 87	theophylline in dextrose 5 %... 110
	tasimelteon... 48	
	tazarotene... 28	

theophylline... 110	TPN ELECTROLYTES... 102	tri-vylibra... 36
THINPRO INSULIN SYRINGE... 58	TRADJENTA... 106	triamcinolone acetonide... 25, 38
thioridazine... 93	tramadol... 63	triamterene-hydrochlorothiazid... 21
thiotepa... 87	tramadol-acetaminophen... 63	triderm... 38
thiothixene... 93	trandolapril... 20	trientine... 102
tiadylt er... 20	trandolapril-verapamil... 21	trifluoperazine... 93
tiagabine... 73	tranexamic acid... 103	trifluridine... 48
TIBSOVO... 87	tranylcypromine... 75	trihexyphenidyl... 13
TICOVAC... 45	TRAVASOL 10 %... 102	TRIJARDY XR... 107
tigecycline... 69	travoprost... 48	TRIKAFTA... 110
tilia fe... 36	TRAZIMERA... 88	trimethobenzamide... 76
timolol maleate (pf)... 48	trazodone... 75	trimethoprim... 70
timolol maleate... 20, 48	TREANDA... 88	trimipramine... 75
tinidazole... 69	TRECATOR... 78	trinatal rx 1... 102
tiopronin... 30	TRELEGY ELLIPTA... 110	TRINELLIX... 75
TIVDAK... 87	TRELSTAR... 40	TRISENOX... 88
TIVICAY PD... 96	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 107	TRIUMEQ PD... 96
TIVICAY... 96	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 107	TRIUMEQ... 96
tizanidine... 11	TRESIBA U-100 INSULIN... 107	trivora (28)... 37
tobramycin sulfate... 70	tretinoin (antineoplastic)... 88	TRIZIVIR... 96
tobramycin with nebulizer... 70	tretinoin... 28	TRODELVY... 88
tobramycin... 48, 70	tri-femynor... 36	TROGARZO... 97
tobramycin-dexamethasone... 48	tri-legest fe... 36	TROPHAMINE 10 %... 102
tolterodine... 30	tri-linyah... 36	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 58
TOPCARE CLICKFINE... 58	tri-lo-estarrylla... 36	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE... 58
TOPCARE ULTRA COMFORT... 58	tri-lo-marzia... 36	TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 58
topiramate... 12	tri-lo-mili... 36	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 58
topotecan... 87	tri-lo-sprintec... 36	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE... 58
toremifene... 88	tri-mili... 36	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 58
torsemide... 20	tri-nymyo... 36	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 106	tri-previfem (28)... 36	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 106	tri-sprintec (28)... 36	
	tri-vylibra lo... 37	

TRUEPLUS INSULIN...	58	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)...	73
TRUEPLUS PEN NEEDLE...	58	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE...	73
TRULICITY...	107	ULTRA FLO PEN NEEDLE...	73
TRUMENBA...	45	ULTRA THIN PEN NEEDLE...	73
TRUSELTIQ...	88	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR...	73
TUKYSA...	88	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL...	73
tulana...	37	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES...	73
TURALIO...	88	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE...	73
turqoz (28)...	37	ULTRACARE INSULIN SYRINGE...	73
TWINRIX (PF)...	45	ULTRACARE PEN NEEDLE...	73
TYBLUME...	37	UNIFINE PEN NEEDLE...	73
TYBOST...	97	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW...	73
TYMLOS...	22	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW...	73
TYPHIM VI...	45	UNIFINE PENTIPS PLUS...	73
<b>U</b>			
UBRELVY...	58	UNIFINE PENTIPS...	73
UDENYCA AUTOINJECTOR...	103	UNIFINE SAFECONTROL...	73
UDENYCA...	103	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE...	73
ULTICARE INSULIN SYRINGE...	58	UNITHROID...	73
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)...	58	UNITUXIN...	73
ULTICARE PEN NEEDLE...	58	ursodiol...	73
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE...	59	UVADEX...	73
ULTICARE...	58	<b>V</b>	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR...	59	V-GO 20...	73
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE...	59	V-GO 30...	73
ULTILET ALCOHOL SWAB...	59	V-GO 40...	73
ULTILET INSULIN SYRINGE...	59	valacyclovir...	73
ULTILET PEN NEEDLE...	59	VALCHLOR...	73
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)...	59	valganciclovir...	73
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE...	59	valproate sodium...	73
		valproic acid (as sodium salt)...	73
		valproic acid...	73
		valrubicin...	88
		valsartan...	21
		valsartan-hydrochlorothiazide...	21
		VALSTAR...	88
		VALTOCO...	73
		vanadom...	107
		vancomycin in dextrose 5 %...	70
		vancomycin in 0.9 % sodium chl...	70
		vancomycin...	70
		vancomycin-diluent combo no.1...	70
		VANFLYTA...	88
		VANISHPOINT INSULIN SYRINGE...	60
		VANISHPOINT SYRINGE...	60
		VAQTA (PF)...	45
		varenicline...	23
		VARIVAX (PF)...	45
		VARIZIG...	45
		VASCEPA...	21
		VECTIBIX...	88
		velvet triphasic regimen (28)...	37
		VELTASSA...	102
		VEMLIDY...	97
		VENCLEXTA STARTING PACK...	88
		VENCLEXTA...	88
		venlafaxine...	75
		VENTAVIS...	110
		VENTOLIN HFA...	110
		verapamil...	21
		VERIFINE INSULIN SYRINGE...	60

VERIFINE PEN NEEDLE... 60	VOTRIENT... 89	XOFLUZA... 97	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE... 60	VRAYLAR... 93	XOLAIR... 45, 46	
VERIPRED 20... 38	VUMERITY... 25	XOSPATA... 89	
VERQUVO... 21	vyfemla (28)... 37	XPOVIO... 89	
VERSACLOZ... 93	vylibra... 37	XTAMPZA ER... 63	
VERZENIO... 88	VYNDAMAX... 111	XTANDI... 89	
vestura (28)... 37	VYNDAQEL... 111	xulane... 37	
VICTOZA 2-PAK... 107	VYXEOS... 89	XULTOPHY 100/3.6... 107	
VICTOZA 3-PAK... 107	VYZULTA... 48	XYREM... 48	
vienna... 37	<b>W</b>		
vigabatrin... 73	warfarin... 104	<b>Y</b>	
vigadrone... 73	water for irrigation, sterile... 60	YERVOY... 89	
VIIBRYD... 75	WEBCOL... 60	YF-VAX (PF)... 46	
vilazodone... 75	WELIREG... 89	YONDELIS... 89	
vinblastine... 88	wera (28)... 37	<b>Z</b>	
vincasar pfs... 88	wesnatal dha complete... 102	zafemy... 37	
vincristine... 88	wesnate dha... 102	zaflukast... 111	
vinorelbine... 88	westab plus... 102	ZALTRAP... 89	
viorele (28)... 37	WINRHO SDF... 45	ZANOSAR... 89	
VIRACEPT... 97	wixela inhub... 110	zarah... 37	
VIREAD... 97	wymzya fe... 37	ZARXIO... 104	
virt-c dha... 102	<b>X</b>		
virt-nate dha... 102	XALKORI... 89	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 107	
VISTOGARD... 88	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 104	ZEGALOGUE SYRINGE... 107	
vitamin d2... 112	XARELTO... 104	ZEJULA... 89	
VITRAKVI... 88	XATMEP... 45	ZELBORA... 89	
VIVITROL... 23	XCOPRI MAINTENANCE PACK... 73	zenatane... 28	
VIZIMPRO... 88	XCOPRI TITRATION PACK... 73	ZENPEP... 111	
VOCABRIA... 97	XCOPRI... 73	ZEPZELCA... 89	
volnea (28)... 37	XGEVA... 22	ZERBAXA... 70	
VONJO... 88	XIFAXAN... 29	ZERVIADE... 48	
voriconazole... 78	XIGDUO XR... 107	zidovudine... 97	
VOSEVI... 97		ziprasidone hcl... 93	
		ziprasidone mesylate... 93	
		ZIRABEV... 89	

ZIRGAN... 97  
ZOKINVY... 111  
ZOLADEX... 40  
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl...  
22  
zoledronic acid... 22  
zoledronic acid-mannitol-water...  
22  
ZOLINZA... 89  
zolpidem... 48  
ZONISADE... 73  
zonisamide... 73  
zovia 1-35 (28)... 37  
zovia 1/35e (28)... 37  
ZTALMY... 73  
ZUBSOLV... 23  
zumandimine (28)... 37  
ZURZUVAE... 75  
ZYDELIG... 89  
ZYKADIA... 89  
ZYNLONTA... 89  
ZYNYZ... 89  
ZYPITAMAG... 21  
ZYPREXA RELPREVV... 93  
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...  
49  
1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 49

# **¡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, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación contra la ley. CarePlus cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:

### **CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Grievances and Appeals Department.**

PO Box 277810, Miramar, FL 33027.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. 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 el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o 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 como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video 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.

## Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고있습니다 .

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके कसरी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ़्त दुभाषणि सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषणि प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्तिज्ञी हही बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ़्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。





[CarePlusHealthPlans.com](http://CarePlusHealthPlans.com)

H1019-023, 026, 073

Este formulario fue actualizado en 12/01/2023. 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 tambien 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](http://CarePlusHealthPlans.com).