

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 también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite **CarePlusHealthPlans.com**.

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.

CareBreeze (HMO C-SNP)
CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)
CareBreeze Platinum (HMO-POS
C-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**.

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

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, visite **careplushealthplans.com/medicare-plans/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 12. Hemos agrupado los medicamentos dependiendo del tipo de afección médica para el que sean usados. Por ejemplo, los medicamentos que tratan afecciones cardíacas aparecen bajo la categoría: "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué afección médica se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 12. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría. En el formulario también están el Nivel y los Requisitos de control de la utilización para cada medicamento (consulte la página 6 para 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 117. 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.

Programa de ahorros en insulina

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

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

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

También puede visitar careplushealthplans.com/medicare-plans/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 llamara Servicios para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

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

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

¿Qué es un medicamento compuesto?

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de CarePlus?

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

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que se cubra su medicamento si no está en el formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- **Excepción a la restricción de utilización:** puede solicitar que no se apliquen las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitar que no se aplique el límite y que se cubran más dosis del medicamento.
- **Excepción al nivel:** puede solicitar un nivel de cobertura superior para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitar que en vez de eso se cubra como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no se puede solicitar un nivel superior de cobertura para un medicamento si se concedió aprobación para cubrir un medicamento que no estaba en el formulario. *Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en un nivel de especialidad.*

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

Usted debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de utilización.

Cuando usted solicita una excepción, debe presentar una declaración de su proveedor de cuidado de la salud que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración de respaldo.

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

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

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

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

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

- Temporalmente cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 30 días del medicamento) cuando usted vaya a una farmacia.
- No habrá cobertura para los medicamentos después de su primer suministro de 30 días, incluso si usted ha sido afiliado del plan por menos de 90 días, a menos que se haya aprobado una excepción al formulario.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en el formulario, cubriremos hasta un suministro de 31 días, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) durante los primeros 90 días que sea afiliado de nuestro plan. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de su medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) mientras usted solicita una excepción al formulario si:

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

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

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o un centro de enfermería especializada para volver a sus hogares
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o 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**, 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 117.

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 116.

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:

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

DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de 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
AGENTES ÓTICOS		
ciprofloxacin hcl 0.2 % DROPPERETTE MO	4	
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS GC,MO	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS MO	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION GC,MO	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION MO	3	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 20 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
topiramate 25 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE MO	4	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET MO	3	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	3	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET MO	4	
entacapone 200 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10-15-20-25-30 MG FILM DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET GC,MO	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
RYTARY 23.75-95 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 48.75-195 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET GC,MO	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR MO	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE GC,MO	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET MO	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER MO	3	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
adenosine 3 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET MO	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET GC,MO	1	
amiodarone 100 mg TABLET MO	4	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE GC,MO	2	
amiodarone 200 mg TABLET GC,MO	2	
amiodarone 400 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET GC,MO	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
bumetanide 1 mg TABLET GC,MO	2	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET GC,MO	1	
carvedilol phosphate 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET GC,MO	2	
chlorthalidone 50 mg TABLET GC,MO	2	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET GC,MO	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET GC,MO	1	
colestipol 1 gram TABLET MO	3	
colestipol 5 gram GRANULES MO	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	4	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
DEMSE 250 MG CAPSULE DL	5	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET GC,MO	2	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET GC,MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
ezetimibe 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET GC,MO	2	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
furosemide 80 mg TABLET GC,MO	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg TABLET GC,MO	1	
guanfacine 2 mg TABLET GC,MO	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET GC,MO	2	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	4	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE GC,MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET GC,MO	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	1	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION MO	4	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET GC,MO	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET GC,MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET GC,MO	1	
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION GC,MO	2	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	2	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	3	
nebivolol 10 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION MO	4	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
niacin 500 mg TABLET MO	3	
niacor 500 mg TABLET MO	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	4	
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg/hr PATCH, 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	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 GC,MO	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
olmesartan 20 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiacid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OSMITROL 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PACERONE 100 MG TABLET MO	4	
pacerone 200 mg TABLET GC,MO	2	
PACERONE 400 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER GC,MO	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	
pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
prevalite 4 gram POWDER MO	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	3	
propafenone 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
propafenone 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	4	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET GC,MO	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET GC,MO	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
spironolactone 100 mg TABLET GC,MO	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
torse mide 20 mg TABLET GC,MO	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE GC,MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET GC,MO	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET GC,MO	1	
valsartan 160 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. GC,MO	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER GC,MO	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE GC,MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL,LA	5	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE MO	4	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	4	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
risedronate 150 mg TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET MO	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK ^{GC,MO}	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE ^{MO}	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO}	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA ^{MO}	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET ^{GC,MO}	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC ^{GC,MO}	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET ^{GC,MO}	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM ^{GC,MO}	2	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM ^{GC,MO}	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET ^{GC,MO}	2	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION ^{GC,MO}	1	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{GC,MO}	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{GC,MO}	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET ^{GC,MO}	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET ^{GC,MO}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{GC,MO}	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{GC,MO}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{GC,MO}	2	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	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 DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT DL	5	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg TABLET MO	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER MO	4	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER MO	4	QL(90 cada 30 días)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	3	
RUZURGI 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(55 cada 28 días)
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
cevimeline 30 mg CAPSULE MO	4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
kourzeq 0.1 % PASTE MO	3	
oralone 0.1 % PASTE MO	3	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
acitretin 17.5 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE MO	4	PA
adapalene 0.3 % GEL MO	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM GC,MO	2	
ammonium lactate 12 % LOTION GC,MO	2	
amneesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
amneesteem 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
azelaic acid 15 % GEL MO	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB GC,MO	2	
clobetasol 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION MO	4	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
diclofenac sodium 3 % GEL MO	3	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB MO	3	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION MO	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM MO	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR GC,MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION GC,MO	2	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL DL	5	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET MO	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO MO	4	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM MO	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL DL	5	
mometasone 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT GC,MO	1	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM MO	3	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % GEL DL	5	PA
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	4	QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM GC,MO	2	
SSD 1 % CREAM GC,MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	4	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
amoxicil-clarithromy-lansopraz 500-500-30 mg COMBO PACK MO	4	ST,QL(112 cada 30 días)
bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET DL	5	PA

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET GC,MO	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	3	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION MO	3	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE GC,MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
dicyclomine 20 mg TABLET GC,MO	2	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION GC,MO	2	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE GC,MO	2	
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
misoprostol 100 mcg TABLET MO	3	
misoprostol 200 mcg TABLET MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	1	
nizatidine 150 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
sucralfate 1 gram TABLET GC,MO	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION MO	4	
ursodiol 250 mg TABLET MO	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE MO	4	
ursodiol 500 mg TABLET MO	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	3	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET GC,MO	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP GC,MO	2	
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE GC,MO	2	
tiopronin 100 mg TABLET DL	5	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
camila 0.35 mg TABLET MO	4	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	4	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	4	
chateal (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	4	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
cyclafem 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET MO	4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL GC,MO	2	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	4	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	4	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
ELLA 30 MG TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
emoquette 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT MO	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
errin 0.35 mg TABLET MO	4	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY GC,MO	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING MO	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET MO	4	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	4	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	4	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
luter (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	4	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	4	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	4	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	4	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	4	
mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	4	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	4	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	4	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
norlyda 0.35 mg TABLET MO	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	4	
orsythia 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	4	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	3	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	3	
previfem 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	3	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
raloxifene 60 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	4	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET MO	4	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	3	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL GC,MO	2	QL(24 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-previfem (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
tulana 0.35 mg TABLET MO	4	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET GC,MO	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION GC,MO	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION GC,MO	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT GC,MO	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM GC,MO	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM GC,MO	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM GC,MO	2	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION MO	3	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	PA
TRELSTAR 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 28 días)
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)		
LYSODREN 500 MG TABLET DL	5	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET GC,MO	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL,GC	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL,GC	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
azathioprine 50 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL,GC	1	
CELLCEPT 200 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	BvsD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE DL	5	BvsD
CELLCEPT 500 MG TABLET DL	5	BvsD
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
DENG VAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL,GC	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL,GC	1	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION MO	3	PA
IPOLE 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL,GC	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL,GC	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL,GC	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL,GC	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE GC,MO	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
MYFORTIC 180 MG TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
MYFORTIC 360 MG TABLET, DR/EC DL	5	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL,GC	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL,GC	1	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION DL,GC	1	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL,GC	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(168 cada 365 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL,GC	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	BvsD
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) SYRINGE KIT	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SYRINGE	5	PA,QL(9.96 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL,GC	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL,GC	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL,GC	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL,GC	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 30 días)
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML SOLUTION DL	5	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	4	PA
XOLAIR 150 MG RECON SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
ALCAINE 0.5 % DROPS GC,MO	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	3	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	3	
atropine 1 % DROPS GC,MO	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE GC,MO	2	
azelastine 0.05 % DROPS GC,MO	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
betaxolol 0.5 % DROPS GC,MO	2	
brimonidine 0.15 % DROPS MO	3	
brimonidine 0.2 % DROPS GC,MO	1	
carteolol 1 % DROPS GC,MO	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT MO	4	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS GC,MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS GC,MO	1	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS GC,MO	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS GC,MO	2	
difluprednate 0.05 % DROPS MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dorzolamide 2 % DROPS GC,MO	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS GC,MO	1	
DUREZOL 0.05 % DROPS MO	3	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT GC,MO	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS GC,MO	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT GC,MO	2	
gentamicin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 % DROPS GC,MO	2	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 0.5 % DROPS GC,MO	2	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS GC,MO	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS GC,MO	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL MO	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT GC,MO	2	
neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	3	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT GC,MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT GC,MO	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
olopatadine 0.1 % DROPS MO	3	ST
olopatadine 0.2 % DROPS GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS MO	4	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS GC,MO	1	
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION MO	4	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS GC,MO	2	
proparacaine 0.5 % DROPS GC,MO	2	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE MO	3	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS MO	3	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO	4	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS GC,MO	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS GC,MO	2	
timolol maleate 0.25 % DROPS GC,MO	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS GC,MO	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY MO	3	
timolol maleate (pf) 0.25 % DROPPERETTE GC,MO	1	
timolol maleate (pf) 0.5 % DROPPERETTE MO	3	
tobramycin 0.3 % DROPS GC,MO	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
travoprost 0.004 % DROPS MO	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS MO	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS MO	4	QL(5 cada 30 días)
ZERVIAE 0.24 % DROPPERETTE MO	4	QL(60 cada 30 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE GC,MO	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET GC,MO	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER GC,MO	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	4	QL(30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(540 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
acetic acid 0.25 % SOLUTION GC,MO	2	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	4	
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 GC,MO	1	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
butalbital-acetaminop-caff-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	3	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
calcium disodium versenate 200 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML LIQUID DL	5	PA
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE GC,MO	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
DROPSAFE 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 GC,MO	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 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 GC,MO	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
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 GC,MO	1	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
<i>flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION</i> MO	4	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE GC,MO	1	
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 GC,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
KORLYM 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lactated ringers</i> SOLUTION GC,MO	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	4	QL(40 cada 5 días)
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
LITHOSTAT 250 MG TABLET DL	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 GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE GC,MO	1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE GC,MO	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE GC,MO	1	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN GC,MO	1	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE GC,MO	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	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 GC,MO	1	
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 GC,MO	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 GC,MO	1	
TECHLITE INSULN 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 GC,MO	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE GC,MO	1	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE GC,MO	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE GC,MO	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET DL	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 GC,MO	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE GC,MO	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE GC,MO	1	
ULTIGUARD 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 GC,MO	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 GC,MO	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED GC,MO	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 GC,MO	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
V-GO 20 DEVICE MO	3	
V-GO 30 DEVICE MO	3	
V-GO 40 DEVICE MO	3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" SYRINGE GC,MO	1	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE GC,MO	1	
VERIFINE 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 GC,MO	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 GC,MO	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE GC,MO	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION GC,MO	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ANALGÉSICOS		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM DL	4	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY DL	4	QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3 % PATCH, 12 HR. MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac sodium 1 % GEL MO	3	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methadone 10 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER DL	3	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
naproxen 500 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET MO	3	
naproxen sodium 375 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sodium 500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
naproxen sodium 750 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	4	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clonazepam 2 mg TABLET DL	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	3	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL,GC	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL,GC	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	4	
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION GC,MO	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg TABLET GC,MO	1	
amoxicillin 875 mg TABLET GC,MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET GC,MO	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	4	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET MO	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
clarithromycin 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO	4	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 350 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	5	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK MO	4	
demeclocycline 150 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET GC,MO	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	3	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION GC,MO	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin 500 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	4	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL MO	3	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	4	
metronidazole 0.75 % LOTION MO	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL MO	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP MO	4	
metronidazole 250 mg TABLET GC,MO	2	
metronidazole 500 mg TABLET GC,MO	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE GC,MO	2	
mondoxynel 100 mg CAPSULE GC,MO	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	3	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK DL	5	
neomycin 500 mg TABLET MO	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	3	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 14 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(3 cada 28 días)
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
paromomycin 250 mg CAPSULE MO	4	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION MO	3	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION DL	5	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION GC,MO	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	4	
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET DL	5	QL(6 cada 28 días)
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT GC,MO	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET GC,MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET GC,MO	1	
SYNERCID 500 MG RECON SOLUTION DL	5	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	3	
tobramycin 300 mg/4 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA
trimethoprim 100 mg TABLET GC,MO	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION MO	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	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 MO	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	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 MO	4	
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION DL	5	
ANTICONVULSIVOS		
APTiom 200 MG, 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTiom 600 MG, 800 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	5	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	4	
carbamazepine 200 mg TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE MO	4	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
epitol 200 mg TABLET GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	4	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET GC,MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK MO	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE GC,MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION GC,MO	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
primidone 125 mg, 250 mg TABLET GC,MO	2	
primidone 50 mg TABLET GC,MO	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO	4	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET GC,MO	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE GC,MO	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION GC,MO	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	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 DL	5	QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	4	QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	5	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET GC,MO	2	
amitriptyline 25 mg TABLET GC,MO	2	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET MO	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
citalopram 20 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	4	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg TABLET MO	3	
imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	2	
mirtazapine 45 mg TABLET GC,MO	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
paroxetine hcl 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	5	PA
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION DL	5	PA,QL(840 cada 28 días)
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION DL	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET GC,MO	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM GC,MO	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	3	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(400 cada 30 días)
ANTIMICOBACTERIANOS		
cycloserine 250 mg CAPSULE DL	5	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET MO	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET MO	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET MO	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET MO	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE MO	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION MO	4	
SIRTURO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(340 cada 28 días)
TRECTOR 250 MG TABLET MO	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
adriamycin 10 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	3	BvsD
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	3	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>anastrozole 1 mg TABLET</i> GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	5	
<i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
BLNREP 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> MO	3	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BOSULIF 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	4	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	5	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	5	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	5	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	5	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL	5	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO	4	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	5	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	4	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
exemestane 25 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
floruridine 0.5 gram RECON SOLUTION GC,MO	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	5	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE MO	4	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	4	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE	5	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	5	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	5	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	3	
imatinib 100 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
imatinib 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	4	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	5	PA
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	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 DL	5	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION MO	4	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	5	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET MO	4	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET MO	3	
MESNEX 400 MG TABLET DL	5	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL	5	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	5	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	5	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL	5	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION DL	5	
NUBEQA 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	5	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	4	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	5	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
pazopanib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	5	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	5	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION DL	5	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	5	
sorafenib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	3	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
TARGRETIN 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
teniposide 50 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	5	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	4	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	3	
toremifene 60 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TREANDA 100 MG, 25 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	5	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET DL	5	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET MO	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET GC,MO	2	
ivermectin 3 mg TABLET MO	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	3	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	4	
mefloquine 250 mg TABLET GC,MO	2	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET DL	5	QL(40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET MO	4	
primaquine 26.3 mg TABLET MO	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET DL	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS		
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 DL	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
clozapine 100 mg TABLET MO	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET MO	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	3	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION MO	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE GC,MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET MO	4	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(60 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
quetiapine 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
acyclovir 400 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	4	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER DL	5	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION DL	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir ethanolate 600 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
darunavir ethanolate 800 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir 600-200-300 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	4	
etravirine 100 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	3	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	4	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
maraviroc 150 mg TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	5	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	4	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET MO	3	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET MO	3	
ritonavir 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	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 11. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	5	
TYBOST 150 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	3	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET MO	4	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET MO	4	QL(10 cada 365 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
XOFLUZA 80 MG TABLET MO	4	QL(5 cada 365 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE GC,MO	2	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET GC,MO	2	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION GC,MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE GC,MO	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION GC,MO	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE GC,MO	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK GC,MO	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE GC,MO	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION GC,MO	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	4	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	4	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET ER MO	4	
KABIVEN 3.31-9.8-3.9 % EMULSION MO	4	BvsD
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET GC,MO	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	3	
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION GC,MO	1	
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE GC,MO	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON- 1,000 MCG TABLET MO	4	
penicillamine 250 mg TABLET DL	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID MO	4	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID MO	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER GC,MO	2	
potassium chloride 8 meq TABLET ER GC,MO	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	4	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
preplus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PROCALAMINE 3% 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	4	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	4	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION GC,MO	1	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	4	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL(30 cada 30 días)
virt-c dha 35-1-200 mg CAPSULE MO	4	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES		
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg TABLET DL	5	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION DL	5	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	3	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	4	
clopidogrel 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	4	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET MO	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 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 MO	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	3	
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE MO	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION MO	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE MO	3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<i>jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> GC,MO	1	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
<i>plerixafor 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL	5	PA,QL(9.6 cada 30 días)
PRADAXA 110 MG, 150 MG, 75 MG CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
<i>prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION	5	PA,QL(28 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION	5	PA,QL(14 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
<i>tranexamic acid 650 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
<i>warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> GC,MO	1	
<i>warfarin 5 mg TABLET</i> GC,MO	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET GC,MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN GC,MO	2	ISP
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION GC,MO	2	ISP
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION GC,MO	2	ISP

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION GC,MO	2	ISP
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	3	ISP
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	3	ISP
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin-metformin 2.5-1,000 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(60 cada 30 días)
saxagliptin-metformin 5-1,000 mg, 5-500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO	3	QL(15 cada 24 días),ISP
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	ISP
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION GC,MO	2	ISP

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN MO	3	QL(15 cada 30 días),ISP
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
vanadom 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP GC,MO	1	
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.6 cada 30 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION GC,MO	2	QL(16 cada 30 días)
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE MO	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION GC,MO	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pirfenidone 267 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 10 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.2 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML SYRINGE MO	3	QL(4 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
<i>betaine 1 gram/scoop POWDER</i> DL	5	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	5	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE</i> DL	5	PA
<i>javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	5	PA
<i>nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE</i> DL	5	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML SOLUTION DL	5	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION DL	5	
<i>sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE</i> DL	5	PA
<i>sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER</i> DL	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	5	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	4	
ZENPEP 25,000-79,000- 105,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	4	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)

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

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

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

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DISFUNCION ERECTIL		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	1	QL(6 cada 30 días)
VITAMINAS Y MINERALES		
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 cobertura adicional para algunos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además, no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. La cantidad que usted paga cuando surte estos medicamentos recetados no se tomará en cuenta para calcular sus costos totales de medicamentos (en otras palabras, la cantidad que usted paga no le ayuda a ser elegible para la cobertura catastrófica).

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

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

A

abacavir... 96	adriamycin... 81	amabelz... 32
abacavir-lamivudine... 96	ADSTILADRIN... 51	amantadine hcl... 14
ABELCET... 79	ADVAIR DISKUS... 111	AMBISOME... 79
ABILIFY ASIMTUFII... 93	ADVAIR HFA... 111	ambrisentan... 111
ABILIFY MAINTENA... 93	ADVOCATE PEN NEEDLE... 51	amethia... 32
abiraterone... 81	ADVOCATE SYRINGES... 51	amethyst (28)... 32
ABOUTTIME PEN NEEDLE... 51	afirmelle... 32	amikacin... 67
ABRAXANE... 81	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 13	amiloride... 15
ABRYSVO... 42	ak-poly-bac... 48	amiloride-hydrochlorothiazide... 15
acamprosate... 24	AKEEGA... 81	aminocaproic acid... 106
acarbose... 108	albendazole... 93	aminophylline... 112
accutane... 26	albuterol sulfate... 111	AMINOSYN II 10 %... 101
acebutolol... 15	ALCAINE... 48	AMINOSYN II 15 %... 101
acetaminophen-codeine... 63	ALCOHOL PADS... 51	AMINOSYN II 7 %... 101
acetazolamide sodium... 15	ALCOHOL PREP PADS... 51	AMINOSYN II 8.5 %... 101
acetazolamide... 15	ALCOHOL SWABS... 51	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 101
acetic acid... 51, 67	ALCOHOL WIPES... 51	AMINOSYN M 3.5 %... 101
acetylcysteine... 51, 111	ALECENSA... 82	AMINOSYN 10 %... 101
acitretin... 26, 27	alendronate... 23	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 101
ACTHIB (PF)... 42	alfuzosin... 31	AMINOSYN 8.5 %... 101
ACTIMMUNE... 42	ALIMTA... 82	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 101
acyclovir sodium... 97	ALIQOPA... 82	AMINOSYN-PF 10 %... 101
acyclovir... 96, 97	aliskiren... 15	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 101
ADACEL(TDAP	allopurinol... 13	AMINOSYN-RF 5.2 %... 101
ADOLESN/ADULT)(PF)... 42	ALPHAGAN P... 48	amiodarone... 15
adapalene... 27	alprazolam... 66	amitriptyline... 76
ADCETRIS... 81	altavera (28)... 32	amlodipine... 15
adefovir... 97	ALUNBRIG... 82	amlodipine-atorvastatin... 15
ADEMPAS... 111	alyacen 1/35 (28)... 32	
adenosine... 15	alyacen 7/7/7 (28)... 32	
	alyq... 111	

amlodipine-benazepril... 15	ARRANON... 82	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 52
amlodipine-olmesartan... 15	arsenic trioxide... 82	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 52
amlodipine-valsartan... 15	asenapine maleate... 94	AUVELITY... 76
ammonium lactate... 27	ashlyna... 32	AUVI-Q... 112
amnestem... 27	ASPARLAS... 82	aviane... 32
amoxapine... 76	aspirin-dipyridamole... 106	ayuna... 32
amoxicil-clarithromy-lansopraz... 29	ASSURE ID DUO-SHIELD... 51	AYVAKIT... 82
amoxicillin... 67	ASSURE ID INSULIN SAFETY... 52	azacitidine... 82
amoxicillin-pot clavulanate... 67	ASSURE ID PEN NEEDLE... 52	azathioprine... 43
amphotericin b liposome... 79	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE... 52	azelaic acid... 27
amphotericin b... 79	atazanavir... 97	azelastine... 48, 112
ampicillin sodium... 68	atenolol... 15	azithromycin... 68
ampicillin... 67	atenolol-chlorthalidone... 15	aztreonam... 68
ampicillin-sulbactam... 68	atomoxetine... 25	azurette (28)... 32
anagrelide... 106	atorvastatin... 15	B
anastrozole... 82	atovaquone... 93	bacitracin... 48, 68
apraclonidine... 48	atovaquone-proguanil... 93	bacitracin-polymyxin b... 48
aprepitant... 78	ATROPINE SULFATE (PF)... 48	baclofen... 12
APRETUDE... 97	atropine... 48	bal-care dha... 101
apri... 32	ATROVENT HFA... 112	balsalazide... 24
APTIOM... 73	aubra eq... 32	BALVERSA... 82
APTIVUS... 97	aubra... 32	balziva (28)... 32
AQINJECT PEN NEEDLE... 51	AUGMENTIN... 68	BAND-AID GAUZE PADS... 52
aranelle (28)... 32	aurovela fe 1.5/30 (28)... 32	BAQSIMI... 108
ARCALYST... 43	aurovela fe 1-20 (28)... 32	BARACLUDE... 97
AREXVY (PF)... 43	aurovela 1.5/30 (21)... 32	BAVENCIO... 82
arformoterol... 112	aurovela 1/20 (21)... 32	BCG VACCINE, LIVE (PF)... 43
aripiprazole... 93, 94	aurovela 24 fe... 32	BD ALCOHOL SWABS... 52
ARISTADA INITIO... 94	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)... 25	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 52
ARISTADA... 94	AUSTEDO XR... 25	BD ECLIPSE LUER-LOK... 52
ARMOUR THYROID... 40	AUSTEDO... 25	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 52
ARNUITY ELLIPTA... 112	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 52	

BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 52	betaine... 115	BRILINTA... 106
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 52	betamethasone acet,sod phos... 39	brimonidine... 48
BD INSULIN SYRINGE U-500... 52	betamethasone dipropionate... 27	BRIVIACT... 73
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 52	betamethasone valerate... 27	bromocriptine... 14
BD INSULIN SYRINGE... 52	betamethasone, augmented... 27	BROVANA... 112
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 52	BETASERON... 25	BRUKINSA... 82
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 52	betaxolol... 48	budesonide... 24, 112
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 52	bethanechol chloride... 31	bumetanide... 15, 16
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 52	BEVESPI AEROSPHERE... 112	bupivacaine (pf)... 66
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 52	bexarotene... 82	bupivacaine hcl... 66
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 52	BEXSERO... 43	buprenorphine hcl... 24
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 52	bicalutamide... 82	buprenorphine... 63
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 52	BICILLIN C-R... 68	buprenorphine-naloxone... 24
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 52	BICILLIN L-A... 68	bupropion hcl (smoking deter)... 24
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 52	BICNU... 82	bupropion hcl... 76
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 53	BIKTARVY... 97	buspirone... 66
BELBUCA... 63	bismuth subcit k-metronidz-tcn... 29	busulfan... 82
BELEODAQ... 82	bisoprolol fumarate... 15	BUSULFEX... 83
BELSOMRA... 51	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15	butalbital-acetaminop-caf-cod... 53
benazepril... 15	BLENREP... 82	butalbital-acetaminophen-caff... 53
benazepril-hydrochlorothiazide... 15	bleomycin... 82	BYDUREON BCISE... 108
bendamustine... 82	blisovi fe 1.5/30 (28)... 32	C
BENDEKA... 82	blisovi fe 1/20 (28)... 33	c-nate dha... 101
BENLYSTA... 43	blisovi 24 fe... 32	CABENUVA... 97
benztropine... 14	BOOSTRIX TDAP... 43	cabergoline... 41
BESPONSA... 82	BORDERED GAUZE... 53	CABLIVI... 106
BETADINE OPHTHALMIC PREP... 48	BORTEZOMIB... 82	CABOMETYX... 83
	BOSULIF... 82	caffeine citrate... 53
	BRAFTOVI... 82	calcipotriene... 27
	BREO ELLIPTA... 112	calcitonin (salmon)... 23
	BREZTRI AEROSPHERE... 112	calcitriol... 23
	briellyn... 33	calcium acetate(phosphat bind)... 101

calcium chloride... 101	caspofungin... 79	charlotte 24 fe... 33
calcium disodium versenate... 53	CAYSTON... 112	chateal (28)... 33
calcium gluconate... 101	caziant (28)... 33	chateal eq (28)... 33
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 83	cefaclor... 68	CHEMET... 101
CALQUENCE... 83	cefadroxil... 68	CHENODAL... 29
camila... 33	cefazolin in dextrose (iso-os)... 68	chloramphenicol sod succinate... 69
camrese lo... 33	cefazolin... 68	chlorhexidine gluconate... 26
camrese... 33	cefdinir... 68	chloroquine phosphate... 93
CAMZYOS... 16	cefepime in dextrose 5 %... 68	chlorothiazide sodium... 16
candesartan... 16	cefepime in dextrose,iso-osm... 68	chlorpromazine... 94
candesartan-hydrochlorothiazid... 16	cefepime... 68	chlorthalidone... 16
CAPLYTA... 94	cefixime... 68	CHOLBAM... 115
CAPRELSA... 83	cefotaxime... 68	cholestyramine (with sugar)... 16
captopril... 16	cefotetan... 68	cholestyramine light... 16
captopril-hydrochlorothiazide... 16	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 68	cholestyramine-aspartame... 16
carbamazepine... 73	cefoxitin... 68	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 39
carbidopa-levodopa... 14	cefpodoxime... 68	ciclodan... 79
carbidopa-levodopa-entacapone... 14	cefprozil... 69	ciclopirox... 79
carboplatin... 83	ceftazidime in d5w... 69	cidofovir... 97
CAREFINE PEN NEEDLE... 53	ceftazidime... 69	cilostazol... 106
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 53	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 69	CILOXAN... 48
CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 53	ceftriaxone... 69	CIMDUO... 97
CARETOUCH PEN NEEDLE... 53	cefuroxime axetil... 69	cimetidine hcl... 30
carglumic acid... 101	cefuroxime sodium... 69	cimetidine... 30
carisoprodol... 111	celecoxib... 63	cinacalcet... 23
carmustine... 83	CELLCEPT INTRAVENOUS... 43	ciprofloxacin hcl... 12, 48, 69
carteolol... 48	CELLCEPT... 43	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 69
cartia xt... 16	CELONTIN... 73	cisplatin... 83
carvedilol phosphate... 16	cephalexin... 69	citalopram... 76, 77
carvedilol... 16	CERDELGA... 115	cladribine... 83
	CEREZYME... 115	claravis... 27
	cetirizine... 112	clarithromycin... 69
	cevimeline... 26	

CLENPIQ... 30	CLINOLIPID... 102	COPAXONE... 25
CLEOCIN... 69	clobazam... 73	COPIKTRA... 83
CLICKFINE PEN NEEDLE... 53	clobetasol... 27	CORLANOR... 16
clindamycin hcl... 69	clobetasol-emollient... 27	CORLOPAM... 16
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 69	clofarabine... 83	COSENTYX (2 SYRINGES)... 43
clindamycin in 5 % dextrose... 69	CLOLAR... 83	COSENTYX PEN (2 PENS)... 43
clindamycin palmitate hcl... 69	clomipramine... 77	COSENTYX PEN... 43
clindamycin pediatric... 69	clonazepam... 66, 67	COSENTYX UNOREADY PEN... 43
clindamycin phosphate... 27, 69	clonidine hcl... 16	COSENTYX... 43
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 102	clonidine... 16	COSMEGEN... 83
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE... 102	clopidogrel... 106	COTELLIC... 83
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 102	clorazepate dipotassium... 67	CREON... 115
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 102	clotrimazole... 79, 80	cromolyn... 48, 112
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 102	clotrimazole-betamethasone... 80	cryselle (28)... 33
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 102	clozapine... 94	CRYSVITA... 115
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 102	COARTEM... 93	CURITY ALCOHOL SWABS... 53
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 101	colchicine... 13	CURITY GAUZE... 54
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 101	colestipol... 16	cyanocobalamin (vitamin b-12)... 116
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 101	colistin (colistimethate na)... 69	cyclafem 1/35 (28)... 33
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 101	COLUMVI... 83	cyclafem 7/7/7 (28)... 33
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 101	COMBIGAN... 48	cyclobenzaprine... 111
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 102	COMBIPATCH... 33	cyclophosphamide... 83
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 102	COMBIVENT RESPIMAT... 112	cycloserine... 81
CLINISOL SF 15 %... 102	COMETRIQ... 83	cyclosporine modified... 43
	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 53	cyclosporine... 43
	COMFORT EZ PEN NEEDLES... 53	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS... 43
	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL... 53	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV... 43
	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE... 53	CYLTEZO(CF) PEN... 43
	COMPLERA... 97	CYLTEZO(CF)... 43
	complete natal dha... 102	cyproheptadine... 112
	compro... 78	CYRAMZA... 83
	constulose... 30	

cyred eq... 33	demeclocycline... 70	dextrose 5 % in water (d5w)... 102
cyred... 33	DEMSE... 16	dextrose 5 %-lactated ringers... 102
CYSTAGON... 115	DENG VAXIA (PF)... 43	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 102
CYSTARAN... 48	DEPO-ESTRADIOL... 33	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 102
cytarabine (pf)... 83	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 33	dextrose 50 % in water (d50w)... 102
cytarabine... 83	DERMACEA... 54	dextrose 70 % in water (d70w)... 102
D	DESCOVY... 97	DIACOMIT... 73
dabigatran etexilate... 106	desipramine... 77	diazepam intensol... 67
dacarbazine... 83	desloratadine... 112	diazepam... 67, 73
dactinomycin... 83	desmopressin... 39	diazoxide... 108
dalfampridine... 25	desog-e.estradiol/e.estradiol... 33	diclofenac epolamine... 63
DALIRESP... 112	desogestrel-ethinyl estradiol... 33	diclofenac sodium... 28, 48, 63, 64
danazol... 33	desvenlafaxine succinate... 77	diclofenac-misoprostol... 64
dantrolene... 12	dexamethasone intensol... 39	dicloxacillin... 70
DANYELZA... 83	dexamethasone sodium phos (pf)... 40	dicyclomine... 30
dapsone... 81	dexamethasone sodium phosphate... 40, 48	didanosine... 97
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 43	dexamethasone... 39	DIFICID... 70
daptomycin in 0.9 % sod chlor... 70	dexamethylphenidate... 25	difluprednate... 48
daptomycin... 69	dexrazoxane hcl... 84	digitek... 16
darifenacin... 31	dextroamphetamine sulfate... 25	digox... 16
darunavir ethanolate... 97	dextroamphetamine-amphetamine... 25	digoxin... 17
DARZALEX FASPRO... 83	dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 102	dihydroergotamine... 13
DARZALEX... 83	dextrose 10 % in water (d10w)... 102	DILANTIN INFATABS... 73
dasetta 1/35 (28)... 33	dextrose 20 % in water (d20w)... 102	DILANTIN-125... 73
dasetta 7/7/7 (28)... 33	dextrose 25 % in water (d25w)... 102	dilt-xr... 17
daunorubicin... 84	dextrose 30 % in water (d30w)... 102	diltiazem hcl... 17
DAURISMO... 84	dextrose 40 % in water (d40w)... 102	dimethyl fumarate... 25
daysee... 33		diphenhydramine hcl... 112
deblitane... 33		diphenoxylate-atropine... 30
decitabine... 84		dipyridamole... 106
deferasirox... 102		
DELSTRIGO... 97		

disulfiram... 24	drospirenone-ethinyl estradiol... 33	EASY TOUCH UNI-SLIP... 55
DIURIL... 17	DROXIA... 54	EASY TOUCH... 54
divalproex... 73	DUAVEE... 33	ec-naproxen... 64
DOCEFREZ... 84	duloxetine... 77	econazole... 80
docetaxel... 84	DUPIXENT PEN... 44	EDURANT... 97
dodex... 116	DUPIXENT SYRINGE... 44	efavirenz... 97
dofetilide... 17	DUREZOL... 49	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 97
DOJOLVI... 54	dutasteride... 31	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 97
dolishale... 33	dutasteride-tamsulosin... 31	EGRIFTA SV... 39
donepezil... 12	d10 %-0.45 % sodium chloride... 102	electrolyte-a... 103
dorzolamide... 49	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 102	electrolyte-148... 102
dorzolamide-timolol... 49	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 102	electrolyte-48 in d5w... 102
dotti... 33	d5 %-0.45 % sodium chloride... 102	ELELYSO... 115
DOVATO... 97	E	ELIGARD (3 MONTH)... 41
doxazosin... 17	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 54	ELIGARD (4 MONTH)... 41
doxepin... 67	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 54	ELIGARD (6 MONTH)... 41
doxercalciferol... 23	EASY COMFORT PEN NEEDLES... 54	ELIGARD... 41
doxorubicin... 84	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 54	elinest... 33
doxorubicin, peg-liposomal... 84	EASY GLIDE PEN NEEDLE... 54	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 106
doxy-100... 70	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 55	ELIQUIS... 106
doxycycline hyclate... 70	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 55	ELLA... 33
doxycycline monohydrate... 70	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 55	ELMIRON... 31
DRIZALMA SPRINKLE... 77	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 55	ELREXFIO... 84
dronabinol... 78	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 55	eluryng... 33
droperidol... 94	EASY TOUCH PEN NEEDLE... 55	ELZONRIS... 84
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 54	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 55	EMBRACE PEN NEEDLE... 55
DROPLET INSULIN SYRINGE... 54	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 55	EMCYT... 84
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 54		EMGALITY PEN... 13
DROPLET PEN NEEDLE... 54		EMGALITY SYRINGE... 13
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 54		emoquette... 34
DROPSAFE INSULIN SYRINGE... 54		EMPLICITI... 84
DROPSAFE PEN NEEDLE... 54		EMSAM... 77

emtricitabine... 97	ERBITUX... 84	EVOMELA... 84
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 97	ergocalciferol (vitamin d2)... 116	EVOTAZ... 98
EMTRIVA... 98	ergotamine-cafeine... 13	EXEL INSULIN... 55
enalapril maleate... 17	ERIVEDGE... 84	exemestane... 84
enalapril-hydrochlorothiazide... 17	ERLEADA... 84	EXKIVITY... 85
enalaprilat... 17	erlotinib... 84	EYSUVIS... 49
ENBREL MINI... 44	errin... 34	ezetimibe... 17
ENBREL SURECLICK... 44	ertapenem... 70	ezetimibe-simvastatin... 17
ENBREL... 44	ery pads... 28	F
endocet... 64	ERYTHROCIN... 70	falmina (28)... 34
ENDOMETRIN... 34	erythromycin lactobionate... 70	famciclovir... 98
ENERGIX-B (PF)... 44	erythromycin with ethanol... 28	famotidine (pf)... 30
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)... 44	erythromycin... 49, 70	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 30
ENHERTU... 84	escitalopram oxalate... 77	famotidine... 30
enilloring... 34	esomeprazole magnesium... 30	FANAPT... 94
enoxaparin... 106	estradiol valerate... 34	FARXIGA... 108
enpresse... 34	estradiol... 34	FASENRA PEN... 112
enskyce... 34	estradiol-norethindrone acet... 34	felbamate... 74
ENSTILAR... 28	ESTRING... 34	felodipine... 17
entacapone... 14	ethacrynate sodium... 17	femynor... 34
entecavir... 98	ethambutol... 81	fenofibrate micronized... 17
ENTRESTO... 17	ethosuximide... 74	fenofibrate nanocrystallized... 17
enulose... 30	ethynodiol diac-eth estradiol... 34	fenofibrate... 17
ENVARUS XR... 44	etodolac... 64	fenofibric acid... 17
EPCLUSA... 98	etonogestrel-ethinyl estradiol... 34	fentanyl citrate (pf)... 64
EPIDIOLEX... 73	ETOPOPHOS... 84	fentanyl citrate... 64
epinephrine... 112	etoposide... 84	fentanyl... 64
epirubicin... 84	etravirine... 98	fesoterodine... 31
epitol... 73	EULEXIN... 84	FETZIMA... 77
EPIVIR HBV... 98	EUTHYROX... 40	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 108
EPKINLY... 84	everolimus (antineoplastic)... 84	FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 108
epoprostenol (glycine)... 112	everolimus (immunosuppressive)... 44	FIASP U-100 INSULIN... 108
EPRONTIA... 13		

finasteride... 31	fluticasone propionate... 28, 113	GAVRETO... 85
fingolimod... 25	fluvastatin... 17, 18	GAZYVA... 85
FINTEPLA... 74	fluvoxamine... 77	gefitinib... 85
FIRDAPSE... 25	folic acid... 116	gemcitabine... 85
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 41	FOLOTYN... 85	gemfibrozil... 18
FIRMAGON... 41	formoterol fumarate... 113	GEMTESA... 31
flecainide... 17	FORTEO... 23	generlac... 30
FLOVENT DISKUS... 112	fosamprenavir... 98	gengraf... 44
FLOVENT HFA... 113	fosinopril... 18	gentak... 49
floxuridine... 85	fosinopril-hydrochlorothiazide... 18	gentamicin in nacl (iso-osm)... 70
fluconazole in nacl (iso-osm)... 80	fosphenytoin... 74	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 70
fluconazole... 80	FOTIVDA... 85	gentamicin sulfate (pf)... 70
flucytosine... 80	FREESTYLE PRECISION... 55	gentamicin... 49, 70
fludarabine... 85	FRUZAQLA... 85	GENVOYA... 98
fludrocortisone... 40	FULPHILA... 106	GILENYA... 25
flumazenil... 55	fulvestrant... 85	GILOTTRIF... 85
flunisolide... 113	furosemide... 18	glatiramer... 25
fluocinolone acetonide oil... 12	FUZEON... 98	glatopa... 25
fluocinolone and shower cap... 28	FYARRO... 85	GLEOSTINE... 85
fluocinolone... 28	FYCOMPA... 74	glimepiride... 108
fluocinonide... 28	G	glipizide... 108
fluocinonide-e... 28	gabapentin... 74	glipizide-metformin... 108
fluocinonide-emollient... 28	galantamine... 12	GLUCAGEN HYPOKIT... 108
fluorometholone... 49	GAMUNEX-C... 44	glyburide micronized... 108
fluorouracil... 28, 85	GARDASIL 9 (PF)... 44	glyburide... 108
fluoxetine... 77	gatifloxacin... 49	glyburide-metformin... 108
fluphenazine decanoate... 94	GATTEX ONE-VIAL... 30	GLYCOPHOS... 103
fluphenazine hcl... 94	GATTEX 30-VIAL... 30	glycopyrrolate... 30
flurbiprofen sodium... 49	GAUZE BANDAGE... 55	GLYXAMBI... 108
flurbiprofen... 64	GAUZE PAD... 55	granisetron (pf)... 78
flutamide... 85	gavilyte-c... 30	granisetron hcl... 78
fluticasone propion-salmeterol... 113	gavilyte-g... 30	griseofulvin microsize... 80
	gavilyte-n... 30	griseofulvin ultramicrosize... 80

guanfacine... 18, 25
 GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 108
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 108
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 108
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 108
 GVOKE... 108

H

HAEGARDA... 44
 hailey fe 1.5/30 (28)... 34
 hailey fe 1/20 (28)... 34
 hailey 24 fe... 34
 hailey... 34
 HALAVEN... 85
 haloette... 34
 haloperidol decanoate... 94
 haloperidol lactate... 94, 95
 haloperidol... 94
 HARVONI... 98
 HAVRIX (PF)... 44
 HEALTHWISE INSULIN SYRINGE... 55
 HEALTHWISE PEN NEEDLE... 55
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP... 55
 heather... 34
 heparin (porcine)... 106
 heparin, porcine (pf)... 106
 HEPLISAV-B (PF)... 44
 HETLIOZ LQ... 51
 HETLIOZ... 51
 HIBERIX (PF)... 44
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS
 START... 44
 HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL
 HS... 45

HUMIRA PEN... 44
 HUMIRA... 44
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER... 45
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS...
 45
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 45
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL
 HS... 45
 HUMIRA(CF) PEN... 45
 HUMIRA(CF)... 45
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN... 108
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN... 108
 hydralazine... 18
 hydrochlorothiazide... 18
 hydrocodone-acetaminophen... 64
 hydrocodone-ibuprofen... 64
 hydrocortisone... 24, 28
 hydrocortisone-acetic acid... 12
 hydromorphone... 64
 hydroxychloroquine... 93
 hydroxyurea... 85
 hydroxyzine hcl... 67
 hydroxyzine pamoate... 113
 HYFTOR... 28
 HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC
 STARTER... 45
 HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER...
 45
 HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN
 STARTER... 45
 HYRIMOZ(CF) PEN... 45
 HYRIMOZ(CF)... 45

I

ibandronate... 23
 IBRANCE... 85
 ibu... 64
 ibuprofen... 64
 ibutilide fumarate... 18
 icatibant... 45
 iclevia... 34
 ICLUSIG... 85
 idarubicin... 85
 IDHIFA... 85
 ifosfamide... 85
 ILEVRO... 49
 imatinib... 85, 86
 IMBRUVICA... 86
 IMFINZI... 86
 imipenem-cilastatin... 70
 imipramine hcl... 77
 imipramine pamoate... 77
 imiquimod... 28
 IMJUDO... 86
 IMLYGIC... 86
 IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 45
 INBRIJA... 14
 incassia... 34
 INCONTROL ALCOHOL PADS... 55
 INCONTROL PEN NEEDLE... 56
 INCRELEX... 39
 indapamide... 18
 indomethacin... 64
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 45
 INGREZZA INITIATION PACK... 26
 INGREZZA... 26

INLYTA... 86	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 103	june fe 1/20 (28)... 35
INQOVI... 86	ISOLYTE-S... 103	june fe 24... 35
INREBIC... 86	isoniazid... 81	june 1.5/30 (21)... 35
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 56	isosorbide dinitrate... 18	june 1/20 (21)... 35
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 56	isosorbide mononitrate... 18	K
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 56	isotretinoin... 28	K-TAB... 103
INSULIN SYRINGE... 56	isradipine... 18	KABIVEN... 103
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 56	ISTODAX... 86	KADCYLA... 86
INSUPEN PEN NEEDLE... 56	ISUPREL... 18	kalliga... 35
INTELENCE... 98	itraconazole... 80	KALYDECO... 113
INTRALIPID... 103	IV PREP WIPES... 56	KANJINTI... 86
INTRON A... 45	ivermectin... 93	kariva (28)... 35
INVEGA HAFYERA... 95	IXEMPRA... 86	kelnor 1-50 (28)... 35
INVEGA SUSTENNA... 95	IXIARO (PF)... 45	kelnor 1/35 (28)... 35
INVEGA TRINZA... 95	J	KERENDIA... 18
INVIRASE... 98	jaimiess... 34	KESIMPTA PEN... 26
INVOKAMET XR... 109	JAKAFI... 86	ketoconazole... 80
INVOKAMET... 109	jantoven... 107	ketorolac... 49, 64
INVOKANA... 109	JANUMET XR... 109	KEVZARA... 45
IONOSOL-B IN D5W... 103	JANUMET... 109	KEYTRUDA... 86
IONOSOL-MB IN D5W... 103	JANUVIA... 109	KIMMTRAK... 86
IPOL... 45	JARDIANCE... 109	KINRIX (PF)... 45
ipratropium bromide... 113	jasmie (28)... 34	KISQALI FEMARA CO-PACK... 86
ipratropium-albuterol... 113	javygtor... 115	KISQALI... 86
irbesartan... 18	JAYPIRCA... 86	klayesta... 80
irbesartan-hydrochlorothiazide... 18	JEMPERLI... 86	klor-con m10... 103
IRESSA... 86	jencycla... 34	KLOR-CON M15... 103
irinotecan... 86	JENTADUETO XR... 109	klor-con m20... 103
ISENTRESS HD... 98	JENTADUETO... 109	KLOR-CON 10... 103
ISENTRESS... 98	JEVTANA... 86	KLOR-CON 8... 103
isibloom... 34	juleber... 34	KOMBIGLYZE XR... 109
ISOLYTE S PH 7.4... 103	JULUCA... 98	KORLYM... 56
	june fe 1.5/30 (28)... 35	KOSELUGO... 86, 87

kourzeq... 26	leflunomide... 45	lidocaine (pf) in d7.5w... 66
KRAZATI... 87	lenalidomide... 87	lidocaine (pf)... 18
KRINTAFEL... 93	LENVIMA... 87	lidocaine hcl... 66
kurvelo (28)... 35	lessina... 35	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 19
KYNMOBI... 14	letrozole... 87	lidocaine viscous... 66
KYPROLIS... 87	leucovorin calcium... 87	lidocaine... 66
L	LEUKERAN... 87	lidocaine-epinephrine... 66
l norgest/e.estradiol-e.estrad... 35	leuprolide (3 month)... 41	lidocaine-prilocaine... 66
labetalol... 18	leuprolide... 41	lillow (28)... 35
lacosamide... 74	levallbuterol tartrate... 113	lincomycin... 71
lactated ringers... 56, 103	LEVEMIR FLEXPEN... 109	lindane... 28
lactulose... 30	LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN... 109	linezolid in dextrose 5%... 71
LAGEVRIO (EUA)... 56	LEVEMIR U-100 INSULIN... 109	linezolid... 71
lamivudine... 98	levetiracetam in nacl (iso-os)... 75	linezolid-0.9% sodium chloride... 71
lamivudine-zidovudine... 98	levetiracetam... 74	LINZESS... 30
lamotrigine... 74	LEVO-T... 41	liothyronine... 41
LAMPIT... 93	levobunolol... 49	LIPOFEN... 19
lanreotide... 41	levocarnitine (with sugar)... 103	lisinopril... 19
lansoprazole... 30	levocarnitine... 103	lisinopril-hydrochlorothiazide... 19
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 109	levocetirizine... 113	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 56
LANTUS U-100 INSULIN... 109	levofloxacin in d5w... 70	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 56
lapatinib... 87	levofloxacin... 70	lithium carbonate... 50
larin fe 1.5/30 (28)... 35	levoleucovorin calcium... 87	lithium citrate... 50
larin fe 1/20 (28)... 35	levonest (28)... 35	LITHOSTAT... 56
larin 1.5/30 (21)... 35	levonorg-eth estrad triphasic... 35	lo-zumandimine (28)... 35
larin 1/20 (21)... 35	levonorgestrel-ethinyl estrad... 35	LOCOID LIPOCREAM... 28
larin 24 fe... 35	levora-28... 35	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 35
larissia... 35	levothyroxine... 41	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 35
latanoprost... 49	LEVOXYL... 41	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 35
LATUDA... 95	LEVULAN... 87	LOESTRIN 1/20 (21)... 35
ledipasvir-sofosbuvir... 98	LEXIVA... 99	lojaimiess... 36
leena 28... 35	LIBTAYO... 87	LONSURF... 87

loperamide... 30	m-natal plus... 103	MENACTRA (PF)... 45
lopinavir-ritonavir... 99	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 56	MENEST... 36
lorazepam intensol... 67	MAGELLAN SYRINGE... 57	MENQUADFI (PF)... 45
lorazepam... 67	magnesium sulfate in d5w... 103	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 46
LORBRENA... 87	magnesium sulfate in water... 103	mercaptopurine... 88
loryna (28)... 36	magnesium sulfate... 103	meropenem... 71
losartan... 19	malathion... 28	meropenem-0.9% sodium chloride... 71
losartan-hydrochlorothiazide... 19	mannitol 10 %... 19	mesalamine... 24
LOTEMAX SM... 49	mannitol 20 %... 19	MESNEX... 88
lovastatin... 19	mannitol 25 %... 19	metformin... 109
low-ogestrel (28)... 36	mannitol 5 %... 19	methadone intensol... 65
loxapine succinate... 95	maraviroc... 99	methadone... 65
LUMAKRAS... 87	MARGENZA... 87	methazolamide... 19
LUMIGAN... 49	marlissa (28)... 36	methenamine hippurate... 71
LUMOXITI... 87	MARPLAN... 77	methimazole... 42
LUNSUMIO... 87	MATULANE... 87	methocarbamol... 111
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 41	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 57	methotrexate sodium (pf)... 46
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 41	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 57	methotrexate sodium... 46
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 41	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 57	methoxsalen... 29
LUPRON DEPOT... 41	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 57	methscopolamine... 30
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 42	meclizine... 79	methsuximide... 75
LUPRON DEPOT-PED... 41, 42	medroxyprogesterone... 36	methyl dopa... 19
lurasidone... 95	mefloquine... 93	methyl dopa-hydrochlorothiazide... 19
lutra (28)... 36	megestrol... 36	methylphenidate hcl... 26
LYBALVI... 95	MEKINIST... 88	methylprednisolone acetate... 40
lyleq... 36	MEKTOVI... 88	methylprednisolone sodium succ... 40
lyllana... 36	meloxicam... 64	methylprednisolone... 40
LYNPARZA... 87	melphalan hcl... 88	metoclopramide hcl... 79
LYSODREN... 42	melphalan... 88	metolazone... 19
LYTGOBI... 87	memantine... 12	metoprolol succinate... 19
lyza... 36		
M		
M-M-R II (PF)... 45		

metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 19
metoprolol tartrate... 19
metronidazole in nacl (iso-os)... 71
metronidazole... 71
metyrosine... 19
micafungin... 80
miconazole-3... 80
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE... 57
microgestin fe 1.5/30 (28)... 36
microgestin fe 1/20 (28)... 36
microgestin 1.5/30 (21)... 36
microgestin 1/20 (21)... 36
microgestin 24 fe... 36
midodrine... 19
mili... 36
mimvey... 36
MINI ULTRA-THIN II... 57
minocycline... 71
minoxidil... 19
MIRCETTE (28)... 36
mirtazapine... 77
misoprostol... 30
MITIGARE... 13
mitomycin... 88
mitoxantrone... 88
modafinil... 51
moexipril... 19
molindone... 95
mometasone... 29, 113
mondoxyne nl... 71
MONJUVI... 46
mono-lynyah... 36

MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE... 57
MONOJECT INSULIN SYRINGE... 57
MONOJECT SYRINGE... 57
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 57
montelukast... 113
morphine concentrate... 65
morphine... 65
MOUNJARO... 109
MOVANTIK... 31
moxifloxacin... 49, 71
MOZOBIL... 107
MULTAQ... 19
mupirocin... 29
MUTAMYCIN... 88
MVASI... 88
MYALEPT... 31
mycophenolate mofetil (hcl)... 46
mycophenolate mofetil... 46
mycophenolate sodium... 46
MYFORTIC... 46
MYLOTARG... 88
myorisan... 29
MYRBETRIQ... 31

N

nabumetone... 65
nadolol... 19
nafcillin in dextrose iso-osm... 71
nafcillin... 71
nalmefene... 24
naloxone... 24
naltrexone... 24

NAMZARIC... 12
naproxen sodium... 65
naproxen... 65
naratriptan... 13
NATACYN... 49
NATAZIA... 36
nateglinide... 109
NATPARA... 23
NAYZILAM... 75
nebivolol... 19, 20
NEBUPENT... 93
necon 0.5/35 (28)... 36
nefazodone... 77
nelarabine... 88
neo-polycin hc... 49
neo-polycin... 49
neomycin... 71
neomycin-bacitracin-poly-hc... 49
neomycin-bacitracin-polymyxin... 49
neomycin-polymyxin b-dexameth... 49
neomycin-polymyxin-gramicidin... 49
neomycin-polymyxin-hc... 12, 49
NEONATAL COMPLETE... 103
NEONATAL PLUS VITAMIN... 103
NEONATAL-DHA... 103
NERLYNX... 88
NEULASTA ONPRO... 107
NEULASTA... 107
nevirapine... 99
NEXLETOL... 20
NEXLIZET... 20

NEXTERONE... 20	NORMOSOL-R PH 7.4... 103	NUDEXTA... 26
niacin... 20	NORMOSOL-R... 103	NUPLAZID... 95
niacor... 20	nortrel 0.5/35 (28)... 37	NUTRILIPID... 104
NICOTROL NS... 24	nortrel 1/35 (21)... 37	NUZYRA... 71
nifedipine... 20	nortrel 1/35 (28)... 37	nyamyc... 80
nikki (28)... 36	nortrel 7/7/7 (28)... 37	nylia 1/35 (28)... 37
nilutamide... 88	nortriptyline... 77	nylia 7/7/7 (28)... 37
nimodipine... 20	NORVIR... 99	nymyo... 37
NINLARO... 88	NOVOFINE AUTOCOVER... 57	nystatin... 80
NIPENT... 88	NOVOFINE PLUS... 57	nystatin-triamcinolone... 80
nisoldipine... 20	NOVOFINE 32... 57	nystop... 80
nitazoxanide... 93	NOVOLIN N FLEXPEN... 109	O
nitisinone... 115	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 109	O-CAL PRENATAL... 104
nitrofurantoin macrocrystal... 71	NOVOLIN R FLEXPEN... 110	ocella... 37
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 71	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 110	octreotide acetate... 42
nitroglycerin in 5 % dextrose... 20	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 109	ODEFSEY... 99
nitroglycerin... 20	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 109	ODOMZO... 88
NITROSTAT... 20	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 109	OFEV... 113
NIVESTYM... 107	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 110	ofloxacin... 12, 49, 71
nizatidine... 31	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 110	OJJAARA... 88
nora-be... 36	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100... 110	olanzapine... 95
norepinephrine bitartrate... 20	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 110	olmesartan... 20
noreth-ethinyl estradiol-iron... 36	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 110	olmesartan-amlodipin-hcthiaid... 20
norethindrone (contraceptive)... 36	NOVOPEN ECHO... 57	olmesartan-hydrochlorothiazide... 20
norethindrone ac-eth estradiol... 36	NOVOTWIST... 57	olopatadine... 49
norethindrone acetate... 37	NOXAFIL... 80	omega-3 acid ethyl esters... 20
norethindrone-e.estradiol-iron... 37	NUBEQA... 88	omeprazole... 31
norgestimate-ethinyl estradiol... 37	NUCALA... 113	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 57
norlyda... 37		OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 57
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 103		OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 57
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 103		

OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 57	OSMITROL 10 %... 20	PAXLOVID... 58
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 57	OSMITROL 15 %... 20	pazopanib... 89
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 58	OSMITROL 20 %... 20	PEDIARIX (PF)... 46
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 58	OSMITROL 5 %... 21	PEDVAX HIB (PF)... 46
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 58	OSPHERA... 37	peg 3350-electrolytes... 31
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 58	OTEZLA STARTER... 29	peg-electrolyte soln... 31
OMNIPOD GO PODS... 57	OTEZLA... 29	PEGASYS... 46
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)... 57	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 71	PEMAZYRE... 89
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)... 57	oxacillin... 71	pemetrexed disodium... 89
OMNITROPE... 39	oxaliplatin... 88	pemetrexed... 89
ONCASPAR... 88	oxandrolone... 37	PEN NEEDLE... 58
ondansetron hcl (pf)... 79	oxazepam... 67	PEN NEEDLE, DIABETIC... 58
ondansetron hcl... 79	oxcarbazepine... 75	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY... 58
ondansetron... 79	oxybutynin chloride... 31, 32	penicillamine... 104
ONGLYZA... 110	oxycodone... 65	penicillin g pot in dextrose... 71, 72
ONIVYDE... 88	oxycodone-acetaminophen... 65	penicillin g potassium... 72
ONUREG... 88	OZEMPIC... 110	penicillin g procaine... 72
OPDIVO... 88		penicillin g sodium... 72
OPDUALAG... 88	P	penicillin v potassium... 72
OPSUMIT... 113	PACERONE... 21	PENTACEL (PF)... 46
oralone... 26	paclitaxel protein-bound... 89	PENTAM... 93
ORBACTIV... 71	paclitaxel... 88	pentamidine... 93
ORGOVYX... 42	PADCEV... 89	PENTIPS... 58
ORKAMBI... 113	paliperidone... 95	pentoxifylline... 21
ORSERDU... 88	pamidronate... 23	PERFOROMIST... 113
orsythia... 37	PANRETIN... 89	PERIKABIVEN... 104
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 37	pantoprazole... 31	perindopril erbumine... 21
oseltamivir... 99	paraplatin... 89	periogard... 26
	paricalcitol... 23	PERJETA... 89
	paroex oral rinse... 26	permethrin... 29
	paromomycin... 71	perphenazine... 95
	paroxetine hcl... 77, 78	perphenazine-amitriptyline... 78
	PASER... 81	PERSERIS... 95
	PAXIL... 78	

pfizerpen-g... 72	polymyxin b sulf-trimethoprim... 50	prazosin... 21
phenelzine... 78	polymyxin b sulfate... 72	PRED-G... 50
phenobarbital... 75	POMALYST... 89	prednisolone acetate... 50
PHENYTEK... 75	portia 28... 37	prednisolone sodium phosphate... 40, 50
phenytoin sodium extended... 75	PORTRAZZA... 89	prednisolone... 40
phenytoin sodium... 75	posaconazole... 81	prednisone intensol... 40
phenytoin... 75	potassium acetate... 104	prednisone... 40
philith... 37	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 104	pregabalin... 26
PHOSPHOLINE IODIDE... 50	potassium chloride in lr-d5... 104	PREHEVBRIO (PF)... 46
PHYSIOLYTE... 58	potassium chloride in water... 104	PREMARIN... 37
PHYSIOSOL IRRIGATION... 58	potassium chloride in 0.9%nacl... 104	PREMASOL 10 %... 105
PIFELTRO... 99	potassium chloride in 5 % dex... 104	PRENATA... 105
pilocarpine hcl... 26, 50	potassium chloride... 104	PRENATABS FA... 105
pimecrolimus... 29	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 104	prenatal plus (calcium carb)... 105
pimozide... 95	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 104	prenatal plus vitamin-mineral... 105
pimtrea (28)... 37	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 104	PRENATE ELITE... 105
pioglitazone... 110	potassium chloride-0.45 % nacl... 104	preplus... 105
pioglitazone-metformin... 110	potassium chloride-0.9%nacl... 104	prevalite... 21
PIP PEN NEEDLE... 58	potassium citrate... 104	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 58
piperacillin-tazobactam... 72	POTELIGEO... 89	previfem... 37
PIQRAY... 89	pr natal 400 ec... 105	PREVYMIS... 99
pirfenidone... 114	pr natal 400... 104	PREZCOBIX... 99
pirmella... 37	pr natal 430 ec... 105	PREZISTA... 99
piroxicam... 65	pr natal 430... 105	PRIFTIN... 81
PLASMA-LYTE A... 104	PRADAXA... 107	primaquine... 93
PLASMA-LYTE 148... 104	pralatrexate... 89	primidone... 75
PLENAMINE... 104	pramipexole... 14	PRIMSOL... 72
plerixafor... 107	prasugrel... 107	PRIORIX (PF)... 46
podofilox... 29	pravastatin... 21	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 58
POLIVY... 89	praziquantel... 93	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 58
polocaine... 66		PRO COMFORT PEN NEEDLE... 58
polocaine-mpf... 66		
polycin... 50		

probenecid... 13
 probenecid-colchicine... 13
 procainamide... 21
 PROCALAMINE 3%... 105
 prochlorperazine edisylate... 79
 prochlorperazine maleate... 79
 prochlorperazine... 79
 PROCRT... 107
 procto-med hc... 29
 proctosol hc... 29
 proctozone-hc... 29
 PRODIGY INSULIN SYRINGE... 58
 progesterone micronized... 37
 progesterone... 37
 PROGRAF... 46
 PROLASTIN-C... 115
 PROLEUKIN... 89
 PROLIA... 23
 PROMACTA... 107
 promethazine... 79
 propafenone... 21
 proparacaine... 50
 propranolol... 21
 propranolol-hydrochlorothiazid... 21
 propylthiouracil... 42
 PROQUAD (PF)... 46
 PROSOL 20 %... 105
 protamine... 58
 protriptyline... 78
 PULMOZYME... 114
 PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 58
 PURE COMFORT PEN NEEDLE... 58

PURE COMFORT SAFETY PEN
 NEEDLE... 59
 PURIXAN... 89
 PYLERA... 31
 pyrazinamide... 81
 pyridostigmine bromide... 13
 pyrimethamine... 93
 PYRUKYND... 107

Q

QINLOCK... 89
 QUADRACEL (PF)... 46
 QUARTETTE... 37
 quetiapine... 95, 96
 quinapril... 21
 quinapril-hydrochlorothiazide... 21
 quinidine sulfate... 21
 quinine sulfate... 93
 QULIPTA... 13

R

RABAVER (PF)... 46
 rabeprazole... 31
 raloxifene... 37
 ramipril... 21
 ranolazine... 21
 rasagiline... 14
 RAYALDEE... 23
 reclusen (28)... 37
 RECOMBIVAX HB (PF)... 46
 RECTIV... 59
 REGRANEX... 29
 RELENZA DISKHALER... 99
 repaglinide... 110
 REPATHA PUSHTRONEX... 21

REPATHA SURECLICK... 21
 REPATHA SYRINGE... 21
 RESTASIS MULTIDOSE... 50
 RESTASIS... 50
 RETACRIT... 107
 RETEVM... 89
 RETROVIR... 99
 REVCovi... 115
 REXULTI... 96
 REYATAZ... 99
 REZLIDHIA... 89
 REZUROCK... 46
 RHOPHYLAC... 46
 RHOPRESSA... 50
 RIABNI... 89
 ribavirin... 59, 99
 rifabutin... 81
 rifampin... 81
 riluzole... 26
 rimantadine... 99
 ringer's... 59, 105
 RINVOQ... 47
 risedronate... 23
 RISPERDAL CONSTA... 96
 risperidone... 96
 ritonavir... 99
 rivastigmine tartrate... 12
 rivastigmine... 12
 rivelsa... 38
 rizatriptan... 13
 ROCKLATAN... 50
 roflumilast... 114
 romidepsin... 89

ropinirole... 14	se-natal 19 chewable... 105	sodium chloride 0.9 %... 105
ropivacaine (pf)... 66	SECUADO... 96	sodium chloride 3 % hypertonic... 105
rosuvastatin... 21	SECURESAFE INSULIN SYRINGE... 59	sodium chloride 5 % hypertonic... 105
ROTARIX... 47	SECURESAFE PEN NEEDLE... 59	sodium chloride... 59, 105
ROTATEQ VACCINE... 47	selegiline hcl... 14	sodium oxybate... 51
roweepra xr... 75	selenium sulfide... 29	sodium phenylbutyrate... 115
roweepra... 75	SELZENTRY... 100	sodium phosphate... 105
ROZLYTREK... 89	sertraline... 78	sodium polystyrene sulfonate... 105
RUBRACA... 90	setlakin... 38	solifenacin... 32
rufinamide... 75	sevelamer carbonate... 105	SOLQUA 100/33... 110
RUKOBIA... 99	sharobel... 38	SOLTAMOX... 90
RUXIENCE... 90	SHINGRIX (PF)... 47	SOLU-MEDROL (PF)... 40
RUZURGI... 26	SIGNIFOR... 42	SOLU-MEDROL... 40
RYBELSUS... 110	sildenafil (pulm.hypertension)... 114	SOMATULINE DEPOT... 42
RYBREVANT... 90	sildenafil... 116	SOMAVERT... 42
RYDAPT... 90	silver sulfadiazine... 29	sorafenib... 90
RYLAZE... 90	SIMBRINZA... 50	sorbitol-mannitol... 59
RYTARY... 14	simliya (28)... 38	sorine... 21
S		
SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 59	simpesse... 38	sotalol af... 21
SAFETY PEN NEEDLE... 59	SIMULECT... 47	sotalol... 21
sajazir... 47	simvastatin... 21	SPIRIVA RESPIMAT... 114
SANCUSO... 79	sirolimus... 47	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 114
SANDIMMUNE... 47	SIRTURO... 81	spironolacton-hydrochlorothiaz... 21
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 42	SIVEXTRO... 72	spironolactone... 22
SANTYL... 29	SKY SAFETY PEN NEEDLE... 59	sprintec (28)... 38
sapropterin... 115	SKYCLARYS... 26	SPRITAM... 75
SARCLISA... 90	SKYRIZI... 47	SPRYCEL... 90
SAVELLA... 26	SLYND... 38	SPS (WITH SORBITOL)... 105
saxagliptin... 110	SMOFLIPID... 105	sronyx... 38
saxagliptin-metformin... 110	sodium benzoate-sod phenylacet... 59	SSD... 29
SCEMBLIX... 90	sodium bicarbonate... 105	stavudine... 100
scopolamine base... 79	sodium chloride 0.45 %... 105	

STELARA... 47	SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 59	tarina fe 1/20 (28)... 38
STIOLTO RESPIMAT... 114	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 59	tarina 24 fe... 38
STIVARGA... 90	syeda... 38	TASIGNA... 90
STRENSIQ... 115	SYLVANT... 47	tasimelteon... 51
streptomycin... 72	SYMBICORT... 114	tazarotene... 29
STRIBILD... 100	SYMDEKO... 114	taztia xt... 22
STRIVERDI RESPIMAT... 114	SYMFI LO... 100	TAZVERIK... 90
subvenite starter (blue) kit... 75	SYMFI... 100	TDVAX... 47
subvenite starter (green) kit... 75	SYMJEPI... 114	TECENTRIQ... 90
subvenite starter (orange) kit... 75	SYMLINPEN 120... 110	TECHLITE INSULIN SYRINGE... 60
subvenite... 75	SYMLINPEN 60... 110	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)... 60
SUCRAID... 115	SYMPAZAN... 75	TECHLITE PEN NEEDLE... 60
sucrafate... 31	SYMTUZA... 100	TECVAYLI... 90
sulfacetamide sodium (acne)... 72	SYNAREL... 42	TEFLARO... 72
sulfacetamide sodium... 50, 72	SYNERCID... 72	telmisartan... 22
sulfacetamide-prednisolone... 50	SYNJARDY XR... 110	telmisartan-amlodipine... 22
sulfadiazine... 72	SYNJARDY... 110	telmisartan-hydrochlorothiazid... 22
sulfamethoxazole-trimethoprim... 72	SYNRIBO... 90	temazepam... 51
sulfasalazine... 24	SYNTHROID... 41	TEMIXYS... 100
sulindac... 66	T	temsirolimus... 90
sumatriptan succinate... 13	TABLOID... 90	teniposide... 91
sumatriptan... 13	TABRECTA... 90	TENIVAC (PF)... 47
sunitinib malate... 90	tacrolimus... 29, 47	tenofovir disoproxil fumarate... 100
SUNLENCA... 100	tadalafil (pulm. hypertension)... 114	TEPMETKO... 91
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 59	TAFINLAR... 90	terazosin... 22
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 59	TAGRISSO... 90	terbinafine hcl... 81
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 59	TALVEY... 90	terconazole... 81
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 59	TALZENNA... 90	teriflunomide... 26
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 59	tamoxifen... 90	TERUMO INSULIN SYRINGE... 60
SURE-FINE PEN NEEDLES... 59	tamsulosin... 32	testosterone cypionate... 38
	TARGRETIN... 90	testosterone enanthate... 38
	tarina fe 1-20 eq (28)... 38	testosterone... 38

TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)...	toremifene... 91	tri-lo-sprintec... 38
47	torsemide... 22	tri-mili... 38
tetrabenazine... 26	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR...	tri-nymyo... 38
THALOMID... 91	110	tri-previfem (28)... 38
theophylline in dextrose 5 %... 114	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN...	tri-sprintec (28)... 38
theophylline... 114	110	tri-vylibra lo... 38
THINPRO INSULIN SYRINGE... 60	TPN ELECTROLYTES... 105	tri-vylibra... 38
thioridazine... 96	TRADJENTA... 110	triamcinolone acetonide... 26, 40
thiotepa... 91	tramadol... 66	triamterene-hydrochlorothiazid...
thiothixene... 96	tramadol-acetaminophen... 66	22
tiadylt er... 22	trandolapril... 22	triderm... 40
tiagabine... 76	trandolapril-verapamil... 22	trientine... 105
TIBSOVO... 91	tranexamic acid... 107	trifluoperazine... 96
TICOVAC... 47	tranylcypromine... 78	trifluridine... 50
tigecycline... 72	TRAVASOL 10 %... 105	trihexyphenidyl... 14
tilia fe... 38	travoprost... 50	TRIJARDY XR... 111
timolol maleate (pf)... 50	TRAZIMERA... 91	TRIKAFTA... 114
timolol maleate... 22, 50	trazodone... 78	trimethobenzamide... 79
tinidazole... 72	TREANDA... 91	trimethoprim... 72
tiopronin... 32	TRECTOR... 81	trimipramine... 78
TIVDAK... 91	TRELEGY ELLIPTA... 114	trinatal rx 1... 106
TIVICAY PD... 100	TRELSTAR... 42	TRINTELLIX... 78
TIVICAY... 100	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 110	TRISENOX... 91
tizanidine... 12	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 110	TRIUMEQ PD... 100
tobramycin sulfate... 72	TRESIBA U-100 INSULIN... 110	TRIUMEQ... 100
tobramycin with nebulizer... 72	tretinoin (antineoplastic)... 91	trivora (28)... 38
tobramycin... 50, 72	tretinoin... 29	TRIZIVIR... 100
tobramycin-dexamethasone... 50	tri femynor... 38	TRODELVY... 91
tolterodine... 32	tri-legest fe... 38	TROGARZO... 100
TOPCARE CLICKFINE... 60	tri-lynyah... 38	TROPHAMINE 10 %... 106
TOPCARE ULTRA COMFORT... 60	tri-lo-estarylla... 38	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 60
topiramate... 13, 14	tri-lo-marzia... 38	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE...
topotecan... 91	tri-lo-mili... 38	60

TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 60	ULTILET ALCOHOL SWAB... 61	V-GO 30... 63
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 60	ULTILET INSULIN SYRINGE... 61	V-GO 40... 63
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE... 60	ULTILET PEN NEEDLE... 61	valacyclovir... 100
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 60	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)... 61	VALCHLOR... 91
TRUEPLUS INSULIN... 61	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE... 62	valganciclovir... 100
TRUEPLUS PEN NEEDLE... 61	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)... 62	valproate sodium... 76
TRULICITY... 111	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE... 62	valproic acid (as sodium salt)... 76
TRUMENBA... 47	ULTRA FLO PEN NEEDLE... 62	valproic acid... 76
TRUSELTIQ... 91	ULTRA THIN PEN NEEDLE... 62	valrubicin... 91
TUKYSA... 91	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 62	valsartan... 22
tulana... 38	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL... 62	valsartan-hydrochlorothiazide... 22
TURALIO... 91	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES... 62	VALSTAR... 91
turqoz (28)... 39	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE... 62	VALTOCO... 76
TWINRIX (PF)... 47	ULTRACARE INSULIN SYRINGE... 62	vanadom... 111
TYBLUME... 39	ULTRACARE PEN NEEDLE... 62	vancomycin in dextrose 5 %... 73
TYBOST... 100	UNIFINE PEN NEEDLE... 62	vancomycin in 0.9 % sodium chl... 73
TYMLOS... 23	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW... 62	vancomycin... 72, 73
TYPHIM VI... 47	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW... 62	vancomycin-diluent combo no.1... 73
U	UNIFINE PENTIPS PLUS... 62	VANFLYTA... 91
UBRELVY... 61	UNIFINE PENTIPS... 62	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE... 63
UDENYCA AUTOINJECTOR... 107	UNIFINE SAFECONTROL... 62	VANISHPOINT SYRINGE... 63
UDENYCA... 107	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE... 63	VAQTA (PF)... 47
ULTICARE INSULIN SYRINGE... 61	UNITHROID... 41	varenicline... 24
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)... 61	UNITUXIN... 91	VARIVAX (PF)... 48
ULTICARE PEN NEEDLE... 61	ursodiol... 31	VARIZIG... 48
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE... 61	UVADEX... 29	VASCEPA... 22
ULTICARE... 61	V	VECTIBIX... 91
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR... 61	V-GO 20... 63	velivet triphasic regimen (28)... 39
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE... 61		VELTASSA... 106
		VEMLIDY... 100
		VENCLEXTA STARTING PACK... 91

VENCLEXTA... 91	VIZIMPRO... 92	XCOPRI MAINTENANCE PACK... 76
venlafaxine... 78	VOCABRIA... 100	XCOPRI TITRATION PACK... 76
VENTAVIS... 114	volnea (28)... 39	XCOPRI... 76
VENTOLIN HFA... 114	VONJO... 92	XGEVA... 23
verapamil... 22	voriconazole... 81	XIFAXAN... 31
VERIFINE INSULIN SYRINGE... 63	VOSEVI... 100	XIGDUO XR... 111
VERIFINE PEN NEEDLE... 63	VOTRIENT... 92	XOFLUZA... 100, 101
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE... 63	VRAYLAR... 96	XOLAIR... 48
VERIPRED 20... 40	VUMERITY... 26	XOSPATA... 92
VERQUVO... 23	vyfemla (28)... 39	XPOVIO... 92
VERSACLOZ... 96	vylibra... 39	XTAMPZA ER... 66
VERZENIO... 92	VYNDAMAX... 115	XTANDI... 92
vestura (28)... 39	VYNDAQEL... 115	xulane... 39
VICTOZA 2-PAK... 111	VYXEOS... 92	XULTOPHY 100/3.6... 111
VICTOZA 3-PAK... 111	VYZULTA... 50	XYREM... 51
vienva... 39	W	Y
vigabatrin... 76	warfarin... 107	YERVOY... 92
vigadrone... 76	water for irrigation, sterile... 63	YF-VAX (PF)... 48
VIIBRYD... 78	WEBCOL... 63	YONDELIS... 92
vilazodone... 78	WELIREG... 92	Z
vinblastine... 92	wera (28)... 39	zafemy... 39
vincasar pfs... 92	wesnata dha complete... 106	zafirlukast... 114
vincristine... 92	wesnate dha... 106	ZALTRAP... 92
vinorelbine... 92	westab plus... 106	ZANOSAR... 92
violele (28)... 39	WINRHO SDF... 48	zarah... 39
VIRACEPT... 100	wixela inhub... 114	ZARXIO... 108
VIREAD... 100	wymzya fe... 39	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 111
virt-c dha... 106	X	ZEGALOGUE SYRINGE... 111
virt-nate dha... 106	XALKORI... 92	ZEJULA... 92
VISTOGARD... 92	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 108	ZELBORAF... 92
vitamin d2... 116	XARELTO... 107	zenatane... 29
VITRAKVI... 92	XATMEP... 48	ZENPEP... 115
VIVITROL... 24		ZEPZELCA... 92

ZERBAXA... 73
ZERVIAE... 50
zidovudine... 101
ziprasidone hcl... 96
ziprasidone mesylate... 96
ZIRABEV... 92
ZIRGAN... 101
ZOKINVY... 115
ZOLADEX... 42
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl...
24
zoledronic acid... 24
zoledronic acid-mannitol-water...
24
ZOLINZA... 93
zolpidem... 51
ZONISADE... 76
zonisamide... 76
zovia 1-35 (28)... 39
zovia 1/35e (28)... 39
ZTALMY... 76
ZUBSOLV... 24
zumandimine (28)... 39
ZURZUVAE... 78
ZYDELIG... 93
ZYKADIA... 93
ZYNLONTA... 93
ZYNYZ... 93
ZYPITAMAG... 23
ZYPREXA RELPREVV... 96
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...
51
1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 51

¡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 대해 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 किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त 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 Italianovi 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 entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, 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。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。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。



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

H1019-114, 115, 116, 117, 118, 123, 124, 125, 126, 127, 142

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 también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com).