

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

2024



Guía de Medicamentos Recetados

Formulario de CarePlus
Lista de Medicamentos recetados

Este formulario fue actualizado en 12/02/2024. 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).

Formulario 24502 Versión 17

CareNeeds Plus (HMO D-SNP)
CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)

CarePlus
HEALTH PLANS

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

¡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 2024. 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 normas de Medicare al hacer 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 para usted. 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 de terapia por fases para un medicamento.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. 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 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2024, 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 2024. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides**.

Puede solicitar que se le envíe por correo una Guía de medicamentos recetados impresa. Complete y envíe el formulario en **www.careplushealthplans.com/PrintRequest** 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 **www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides** o llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907; TTY:711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario empieza en la página 11. Hemos agrupado los medicamentos dependiendo del tipo de afección médica para el que sean usados. Por ejemplo, los medicamentos que tratan afecciones cardíacas aparecen bajo la categoría: "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué afección médica se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 11. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría. En el formulario también están el Nivel y los Requisitos de control de la utilización para cada medicamento (consulte la página 6 para obtener más información sobre los Requisitos de control de la utilización).

Listado en orden alfabético

Si no está seguro del grupo de su medicamento, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 116. 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.

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

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

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

También puede visitar www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides 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 de Careplus?**" 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 www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar a Servicios para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

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

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

¿Qué es un medicamento compuesto?

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de CarePlus?

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

- **Excepción al formulario:** puede solicitar que se cubra su medicamento si no está en el formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- **Excepción a la restricción de utilización :** puede solicitar que no se apliquen las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitar que no se aplique el límite y que se cubran más dosis del medicamento.

Por lo general, CarePlus solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan 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 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 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 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, **www.careplushealthplans.com/prescriptiondrugguides** en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

Para más información

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

Si tiene alguna pregunta acerca de CarePlus, visite **es-www.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 sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 116.

Su plan incluye el **Beneficio de Copago de \$0**. Para obtener información adicional sobre este beneficio y requisitos de elegibilidad, vea su Evidencia de cobertura. 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 115.

Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 115.

Cómo leer el formulario

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

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

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

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

CI - Productos de insulina cubiertos; Productos de insulina de la Parte D cubiertos por su plan. Para obtener más información sobre los costos compartidos para sus productos de insulina cubiertos, refiérase a su Evidencia de cobertura.

AV - Vacunas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la Parte D; Vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP para los adultos que podrían ser disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura.

PDS - Suministros diabéticos preferidos; BD y HTL-Droplet son las marcas preferidas de jeringas y agujas para plumas diabéticas para el plan

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		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS MO	1	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS MO	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION MO	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION MO	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	1	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 23 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION MO	1	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK MO	1	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	1	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	1	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	1	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE MO	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET MO	1	
baclofen 20 mg TABLET MO	1	
baclofen 5 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

AGENTES ANTIGOTA		
<i>allopurinol</i> 100 mg, 300 mg TABLET MO	1	
<i>colchicine</i> 0.6 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
<i>febuxostat</i> 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	ST,QL(30 cada 30 días)
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE MO	1	
<i>probenecid</i> 500 mg TABLET MO	1	
<i>probenecid-colchicine</i> 500-0.5 mg TABLET MO	1	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
<i>pyridostigmine bromide</i> 30 mg, 60 mg TABLET MO	1	
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	1	PA,QL(1 cada 28 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	1	PA,QL(2 cada 28 días)
<i>dihydroergotamine</i> 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL DL	1	PA,QL(8 cada 30 días)
<i>dihydroergotamine</i> 1 mg/ml SOLUTION DL	1	PA
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR MO	1	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE MO	1	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE MO	1	PA,QL(3 cada 30 días)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	1	PA,QL(480 cada 30 días)
<i>ergotamine-caffeine</i> 1-100 mg TABLET MO	1	QL(40 cada 30 días)
<i>naratriptan</i> 1 mg, 2.5 mg TABLET MO	1	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>rizatriptan</i> 10 mg TABLET MO	1	QL(12 cada 30 días)
<i>rizatriptan</i> 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	QL(12 cada 30 días)
<i>rizatriptan</i> 5 mg TABLET MO	1	QL(12 cada 30 días)
<i>sumatriptan</i> 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(12 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 100 mg TABLET MO	1	QL(9 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(9 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE MO	1	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR MO	1	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 6 mg/0.5 ml SOLUTION MO	1	QL(6 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> 6 mg/0.5 ml SYRINGE MO	1	QL(6 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

topiramate 100 mg, 200 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE MO	1	
topiramate 25 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE MO	1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
bromocriptine 2.5 mg TABLET MO	1	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET MO	1	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET MO	1	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	1	
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	1	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET MO	1	
entacapone 200 mg TABLET MO	1	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET MO	1	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET MO	1	
RYTARY 23.75-95 MG CAPSULE, ER MO	1	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER MO	1	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 48.75-195 MG CAPSULE, ER MO	1	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER MO	1	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE MO	1	
selegiline hcl 5 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR ^{MO}	1	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	1	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
adenosine 3 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET ^{MO}	1	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 100 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE ^{MO}	1	
amiodarone 200 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 400 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET ^{MO}	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	1	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	1	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	1	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET MO	1	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	1	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	1	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	1	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	1	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETS MO	1	QL(240 cada 30 días)
ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION MO	1	
ezetimibe 10 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

<i>fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET</i> MO	1	
<i>fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO	1	ST,QL(60 cada 30 días)
<i>fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	1	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET</i> MO	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET</i> MO	1	
<i>furosemide 10 mg/ml SYRINGE</i> MO	1	
<i>furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION</i> MO	1	
<i>furosemide 20 mg, 40 mg TABLET</i> MO	1	
<i>furosemide 80 mg TABLET</i> MO	1	
<i>gemfibrozil 600 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>guanfacine 1 mg TABLET</i> MO	1	
<i>guanfacine 2 mg TABLET</i> MO	1	
<i>hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET</i> MO	1	
<i>hydralazine 20 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	1	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE</i> MO	1	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET</i> MO	1	
<i>hydrochlorothiazide 50 mg TABLET</i> MO	1	
<i>ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET</i> MO	1	
<i>irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>irbesartan 300 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET</i> MO	1	QL(60 cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET</i> MO	1	
<i>isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO	1	
<i>isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION MO	1	
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET MO	1	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	1	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET MO	1	
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION MO	1	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
metirosine 250 mg CAPSULE DL	1	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	1	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	
nebivolol 10 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET MO	1	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	1	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
niacin 500 mg TABLET MO	1	
niacor 500 mg TABLET MO	1	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	1	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL	1	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	1	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	1	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	1	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION 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 MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	1	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
olmesartan 20 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 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	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
OSMITROL 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
OSMITROL 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
OSMITROL 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
PACERONE 100 MG TABLET MO	1	
pacerone 200 mg TABLET MO	1	
PACERONE 400 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	1	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	1	
pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	
prevalite 4 gram POWDER MO	1	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	1	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	1	
propafenone 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
propafenone 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	1	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO	1	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	1	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA MO	1	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET MO	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	1	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM MO	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM MO	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE MO	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET MO	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK MO	1	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	1	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	1	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	1	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT DL	1	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	1	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	1	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	1	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

acitretin 10 mg CAPSULE MO	1	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE MO	1	PA
adapalene 0.3 % GEL MO	1	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	1	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM MO	1	
ammonium lactate 12 % LOTION MO	1	
amnesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
azelaic acid 15 % GEL MO	1	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM MO	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT MO	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM MO	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	1	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	1	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL MO	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION MO	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB MO	1	
clobetasol 0.05 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL MO	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION MO	1	QL(240 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clobetasol 0.05 % OINTMENT MO	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION MO	1	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL MO	1	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB MO	1	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL MO	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION MO	1	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL MO	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-emollient 0.05 % CREAM MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION MO	1	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM MO	1	
fluorouracil 5 % SOLUTION MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT MO	1	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM MO	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	1	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM MO	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT MO	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	1	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION MO	1	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL DL	1	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET MO	1	QL(12 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO MO	1	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM MO	1	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	1	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL MO	1	
mometasone 0.1 % CREAM MO	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT MO	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION MO	1	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT MO	1	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 20 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)- 20 MG (51) TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM MO	1	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	1	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	1	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	1	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	1	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	1	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	1	QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM MO	1	
SSD 1 % CREAM MO	1	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	1	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	1	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	1	PA,QL(45 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	1	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	1	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET MO	1	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	1	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION MO	1	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	1	
dicyclomine 10 mg CAPSULE MO	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
dicyclomine 20 mg TABLET MO	1	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	1	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	1	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION MO	1	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT DL,LA	1	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT DL,LA	1	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION MO	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION MO	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION MO	1	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION MO	1	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	1	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE MO	1	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
misoprostol 100 mcg TABLET MO	1	
misoprostol 200 mcg TABLET MO	1	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION MO	1	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK MO	1	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK MO	1	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION MO	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION MO	1	
sucralfate 1 gram TABLET MO	1	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION MO	1	
ursodiol 250 mg TABLET MO	1	
ursodiol 300 mg CAPSULE MO	1	
ursodiol 500 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

XIFAXAN 200 MG TABLET MO	1	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	1	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	1	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	1	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	1	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET MO	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP MO	1	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE MO	1	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	1	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET MO	1	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	1	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	1	
camila 0.35 mg TABLET MO	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	1	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	1	
chateal (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	1	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	1	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	1	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET MO	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO	1	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	1	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET MO	1	
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	1	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	1	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	1	
ELLA 30 MG TABLET MO	1	QL(1 cada 30 días)
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	1	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET MO	1	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT MO	1	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	1	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	1	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
errin 0.35 mg TABLET MO	1	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	1	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	1	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	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	1	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	1	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING MO	1	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	1	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO	1	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
gallifrey 5 mg TABLET MO	1	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	1	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET MO	1	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	1	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	1	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	1	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
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	1	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	1	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	1	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET MO	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	1	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	1	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	1	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	1	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	1	
luteria (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	1	
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	1	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	1	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO	1	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO	1	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	1	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	1	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	1	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	1	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	1	
mono-lylah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	1	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	1	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	1	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	1	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	1	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	1	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	1	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	1	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	1	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	1	
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	1	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	1	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	1	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	1	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	1	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	1	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	1	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	1	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	1	PA,QL(120 cada 30 días)
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	1	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	1	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	1	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	1	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	1	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
raloxifene 60 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	1	
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	1	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	1	QL(91 cada 90 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	1	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	1	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	1	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL MO	1	QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	1	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	1	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	1	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	1	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	1	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	1	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	1	
tulana 0.35 mg TABLET MO	1	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	1	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET MO	1	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	1	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	1	
vienna 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	1	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	1	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	1	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	1	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	1	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	1	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	1	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	1	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	1	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION MO	1	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET MO	1	
desmopressin 0.2 mg TABLET MO	1	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE DL	1	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION MO	1	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET MO	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR MO	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS MO	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION MO	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE MO	1	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION MO	1	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE MO	1	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	1	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO	1	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO	1	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	1	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION MO	1	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	1	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK MO	1	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	1	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	1	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	1	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	1	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM MO	1	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION MO	1	
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	1	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION MO	1	PA
octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON DL	1	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	1	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	1	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	1	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	PA
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT MO	1	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT MO	1	PA,QL(1 cada 28 días)
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)		
ISTURISA 1 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ISTURISA 10 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ISTURISA 5 MG TABLET DL	1	PA,QL(360 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET DL	1	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
propylthiouracil 50 mg TABLET MO	1	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	1	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
azathioprine 50 mg TABLET MO	1	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION AV,DL	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE AV,DL	1	
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	1	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	1	
DENGAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
ENVARUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	1	PA
ENVARUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET</i> MO	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET</i> DL	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	1	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	1	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
<i>gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO	1	BvsD
<i>gengraf 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(24 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE AV,DL	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	1	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	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	1	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	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	1	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION AV,DL	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION AV,DL	1	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	1	
<i>leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT AV,DL	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
<i>methotrexate sodium 2.5 mg TABLET</i> MO	1	BvsD
<i>methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION</i> MO	1	
<i>methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	1	BvsD
<i>mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE</i> MO	1	BvsD
<i>mycophenolate mofetil 500 mg TABLET</i> MO	1	BvsD
<i>mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	BvsD
<i>mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC</i> MO	1	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT AV,DL	1	
PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL	1	
PREHEVBRIQ (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	1	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	1	
RABAVER (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE MO	1	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	1	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	1	
<i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	1	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	1	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	1	BvsD
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	1	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	1	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	1	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	1	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION AV,DL	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION AV,DL	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE AV,DL	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(12 cada 30 días)
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,MO	1	
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	1	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	1	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	1	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

ALCAINE 0.5 % DROPS MO	1	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	1	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	1	
atropine 1 % DROPS MO	1	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	1	
azelastine 0.05 % DROPS MO	1	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	1	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	1	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	1	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	1	
brimonidine 0.15 % DROPS MO	1	
brimonidine 0.2 % DROPS MO	1	
carteolol 1 % DROPS MO	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT MO	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	1	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS MO	1	
cyclopentolate 0.5 %, 1 %, 2 % DROPS MO	1	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	1	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	1	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	1	
dorzolamide 2 % DROPS MO	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	1	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	1	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	1	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	1	
gatifloxacin 0.5 % DROPS MO	1	QL(2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT MO	1	
gentamicin 0.3 % DROPS MO	1	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	1	QL(3 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetic acid 0.25 % SOLUTION MO	1	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	1	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	1	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN MO	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 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" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,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 PDS,MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,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 PDS,MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE PDS,MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE PDS,MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE DL	1	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION MO	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO	1	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
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 PDS,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 PDS,MO	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE PDS,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 PDS,MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
<i>flumazenil</i> 0.1 mg/ml SOLUTION MO	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	1	
KORLYM 300 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lactated ringers</i> SOLUTION MO	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	1	QL(40 cada 5 días)
LITHOSTAT 250 MG TABLET MO	1	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT MO	1	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	1	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK \$0,MO	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK \$0,MO	1	QL(60 cada 10 días)
PEN NEEDLE, DIABETIC 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 PDS,MO	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
<i>protamine 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>ribavirin 6 gram RECON SOLUTION</i> DL	1	BvsD
<i>ringer's SOLUTION</i> MO	1	
<i>sodium benzoate-sod phenylacet 10-10 % SOLUTION</i> DL	1	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> MO	1	
<i>sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION</i> MO	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	1	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET MO	1	PA,QL(16 cada 30 días)
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	1	
V-GO 20 DEVICE MO	1	
V-GO 30 DEVICE MO	1	
V-GO 40 DEVICE MO	1	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

WEBCOL PADS, MEDICATED MO	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS MO	1	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	1	PA
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	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	1	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	1	QL(180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM DL	1	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	1	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3 % PATCH, 12 HR. MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac sodium 1 % GEL MO	1	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC MO	1	
diclofenac-misoprostol 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg TABLET, IR, DR, BIPHASIC MO	1	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	1	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO	1	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
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	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION DL	1	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET MO	1	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET DL	1	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION DL	1	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg TABLET DL	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET DL	1	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION DL	1	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
ibuprofen 400 mg TABLET MO	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER MO	1	
ketorolac 10 mg TABLET MO	1	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	1	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION DL	1	QL(2700 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

morphine 10 mg/ml SOLUTION DL	1	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER DL	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER DL	1	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION DL	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER DL	1	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER DL	1	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	1	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET MO	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET MO	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
naproxen 500 mg TABLET MO	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET MO	1	
naproxen sodium 375 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sodium 500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	ST,QL(90 cada 30 días)
naproxen sodium 750 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE DL	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	1	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	1	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	1	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET MO	1	
tramadol 100 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. DL	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. DL	1	QL(60 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	1	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY MO	1	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR MO	1	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION MO	1	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION MO	1	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION MO	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	1	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION MO	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION MO	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION MO	1	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL	1	QL(150 cada 30 días)
alprazolam intensol 1 mg/ml CONCENTRATE DL	1	
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET MO	1	
buspirone 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	1	
clonazepam 2 mg TABLET DL	1	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	1	
diazepam 10 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

diazepam 2 mg TABLET DL	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	1	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	1	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	1	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	1	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	1	
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION MO	1	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE MO	1	
amoxicillin 500 mg TABLET MO	1	
amoxicillin 875 mg TABLET MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	1	
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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	1	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	1	
AUGMENTIN 500-125 MG TABLET MO	1	PA
azithromycin 1 gram PACKET MO	1	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
azithromycin 250 mg TABLET MO	1	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	1	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	1	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	1	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	1	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	1	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	1	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	1	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	1	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK MO	1	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	1	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION MO	1	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	1	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	1	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION MO	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
cephalexin 250 mg CAPSULE MO	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE MO	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION MO	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET MO	1	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET MO	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET MO	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	1	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
clarithromycin 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO	1	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE MO	1	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	1	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	1	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	1	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	1	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION MO	1	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL	1	
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	1	
demeclocycline 150 mg TABLET MO	1	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	1	
DIFICID 200 MG TABLET DL	1	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	1	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	1	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	1	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET MO	1	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	1	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	1	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	1	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	1	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	1	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION MO	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE DL	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	1	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	1	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET MO	1	
levofloxacin 500 mg TABLET MO	1	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	1	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	1	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	1	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	1	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	1	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	1	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL MO	1	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	1	
metronidazole 0.75 % LOTION MO	1	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL MO	1	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP MO	1	
metronidazole 250 mg TABLET MO	1	
metronidazole 500 mg TABLET MO	1	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	1	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE MO	1	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK MO	1	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK DL	1	
neomycin 500 mg TABLET MO	1	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	1	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET MO	1	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION DL	1	QL(3 cada 28 días)
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	1	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	1	
paromomycin 250 mg CAPSULE MO	1	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	1	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	1	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION MO	1	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION MO	1	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	1	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION MO	1	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	1	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	1	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	1	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	1	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	1	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT MO	1	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	1	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET MO	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	1	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	1	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	1	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION MO	1	
trimethoprim 100 mg TABLET MO	1	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION MO	1	
vancomycin 125 mg CAPSULE MO	1	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	1	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	1	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	1	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK MO	1	
vancomycin in dextrose 5 % 500 mg/100 ml PIGGYBACK DL	1	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.5 gram/300 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK DL	1	
vancomycin-diluent combo no.1 1.25 gram/250 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	1	
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION DL	1	
ANTICONVULSIVOS		
APTiom 200 MG, 400 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
APTiom 600 MG, 800 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	1	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	1	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	1	
carbamazepine 200 mg TABLET MO	1	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	QL(225 cada 30 días)
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	1	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	1	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	1	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	1	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	1	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	1	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	1	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
epitol 200 mg TABLET MO	1	
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	1	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	1	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	1	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET MO	1	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK MO	1	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	1	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	1	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	1	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
levetiracetam 500 mg TABLET MO	1	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	1	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL	1	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	1	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	1	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	1	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	1	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET MO	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	1	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	1	
primidone 125 mg, 250 mg TABLET MO	1	
primidone 50 mg TABLET MO	1	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET MO	1	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET MO	1	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO	1	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET MO	1	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	1	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	1	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	1	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	1	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK MO	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK MO	1	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	1	
valproic acid 250 mg CAPSULE MO	1	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION MO	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	1	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI 25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	1	QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	1	QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	1	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO	1	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	1	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	1	
amitriptyline 25 mg TABLET MO	1	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. MO	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
citalopram 20 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET MO	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	1	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	1	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	1	
fluoxetine 40 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg TABLET MO	1	
imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	1	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
mirtazapine 45 mg TABLET MO	1	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	1	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
paroxetine hcl 10 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. 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 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

granisetron hcl 1 mg TABLET MO	1	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION MO	1	
meclizine 12.5 mg TABLET MO	1	
meclizine 25 mg TABLET MO	1	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	1	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION MO	1	
ondansetron hcl 4 mg TABLET MO	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION MO	1	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET MO	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION MO	1	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE MO	1	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY MO	1	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET MO	1	
promethazine 25 mg TABLET MO	1	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY DL	1	QL(4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY MO	1	QL(10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE MO	1	BvsD
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION MO	1	BvsD
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION MO	1	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	BvsD
caspofungin 50 mg RECON SOLUTION DL	1	
caspofungin 70 mg RECON SOLUTION MO	1	
ciclodan 8 % SOLUTION MO	1	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM MO	1	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	1	QL(100 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	1	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	1	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	1	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	1	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	1	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	1	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	1	QL(90 cada 28 días)
econazole 1 % CREAM MO	1	PA,QL(85 cada 30 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	1	
fluconazole 150 mg TABLET MO	1	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	1	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	1	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	1	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	1	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM MO	1	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO MO	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	1	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER MO	1	PA
miconazole 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION DL	1	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	1	
miconazole in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK DL	1	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	1	
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON DL	1	PA,QL(32 cada 30 días)
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	1	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM MO	1	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	1	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION MO	1	
nystatin 500,000 unit TABLET MO	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT MO	1	
nystop 100,000 unit/gram POWDER MO	1	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	1	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION DL	1	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET MO	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM MO	1	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	1	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION MO	1	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET MO	1	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	PA,QL(400 cada 30 días)
ANTIMICOBACTERIANOS		
cycloserine 250 mg CAPSULE DL	1	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET MO	1	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET MO	1	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET MO	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET MO	1	
pyrazinamide 500 mg TABLET MO	1	
rifabutin 150 mg CAPSULE MO	1	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	1	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION MO	1	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET DL	1	PA
TRECTOR 250 MG TABLET MO	1	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	1	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>anastrozole 1 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	1	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	1	
<i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> DL	1	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	1	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	1	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
BELRAPZO 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	1	PA
<i>bendamustine 25 mg/ml SOLUTION</i> DL	1	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	1	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	1	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> MO	1	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> MO	1	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	1	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	
<i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	
<i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION</i> DL	1	BvsD
<i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION</i> DL	1	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	1	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	1	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	1	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	1	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	1	PA,QL(63 cada 28 días)
<i>cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	1	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	1	BvsD

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	1	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	1	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	1	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION MO	1	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	1	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO	1	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL	1	
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	1	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	1	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	1	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	1	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	1	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL	1	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	1	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION DL	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET MO	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	1	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	1	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	1	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	1	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	1	
exemestane 25 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
floxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION MO	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	1	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	1	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION MO	1	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE MO	1	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	1	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	1	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	1	
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	1	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE	1	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	1	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	1	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE MO	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	1	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	1	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	1	
imatinib 100 mg TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	1	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	1	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

INLYTA 5 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	1	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>irinotecan</i> 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	1	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	1	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	1	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	1	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	1	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	1	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	1	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	1	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	1	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	1	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>lapatinib</i> 250 mg TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	1	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	1	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	1	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	1	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	1	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	1	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	1	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION MO	1	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION MO	1	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	1	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	1	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	1	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET MO	1	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION MO	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET MO	1	
MESNEX 400 MG TABLET MO	1	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL	1	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO	1	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	1	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	1	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL	1	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION DL	1	
NUBEQA 300 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	1	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	1	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	1	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	1	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	1	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(40 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	1	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	1	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	1	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	1	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	1	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	1	
pazopanib 200 mg TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	1	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	1	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	1	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	1	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	1	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	1	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	1	PA

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	1	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	1	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET DL	1	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION DL	1	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	1	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	1	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	1	
sorafenib 200 mg TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(84 cada 28 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	1	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	1	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	1	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	1	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	1	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	1	
toremifene 60 mg TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
<i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE</i> DL	1	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(64 cada 28 días)
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE DL	1	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE DL	1	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE DL	1	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE DL,LA	1	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	1	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>valrubicin 40 mg/ml SOLUTION</i> DL	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>vinblastine 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	1	BvsD
<i>vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION</i> MO	1	BvsD
<i>vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION</i> MO	1	BvsD
<i>vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	1	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET DL	1	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VYLOY 100 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 150 MG PELLET DL	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	1	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	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	1	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	1	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	1	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	1	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	1	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	1	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET MO	1	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	1	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	1	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO	1	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO	1	
ivermectin 3 mg TABLET MO	1	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	1	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	1	
mefloquine 250 mg TABLET MO	1	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	1	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET DL	1	
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	1	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET MO	1	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET MO	1	
pyrimethamine 25 mg TABLET DL	1	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO	1	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSIÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	1	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(750 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE MO	1	
acyclovir 400 mg TABLET MO	1	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	1	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET MO	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	1	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	1	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	1	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER DL	1	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	1	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION MO	1	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	1	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	1	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION DL	1	
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC MO	1	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

efavirenz 50 mg CAPSULE MO	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofov (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	1	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	1	
etravirine 100 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	1	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	1	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	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 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor dirijase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	1	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	1	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	1	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	1	
maraviroc 150 mg TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	1	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION MO	1	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	1	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	1	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	1	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	1	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(60 cada 180 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	1	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	1	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	1	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET MO	1	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET MO	1	
ritonavir 100 mg TABLET MO	1	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	1	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	1	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	1	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	1	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	1	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	1	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	1	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	1	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	1	
TYBOST 150 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	1	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	1	QL(1056 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

VEMLIDY 25 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	1	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	1	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	1	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	1	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	1	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	1	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	1	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	1	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	1	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	1	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE MO	1	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION MO	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	1	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	1	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	1	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	1	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET MO	1	PA
deferasirox 90 mg TABLET MO	1	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE MO	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	1	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE MO	1	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	1	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	1	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION MO	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	1	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	1	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ TABLET ER MO	1	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO	1	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION MO	1	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	1	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	1	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	1	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	1	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	1	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	1	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	1	
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION MO	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE MO	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK MO	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK MO	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION MO	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	1	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	1	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	1	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION MO	1	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	1	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	1	BvsD
penicillamine 250 mg TABLET DL	1	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	1	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	1	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	1	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	1	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	1	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER MO	1	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION MO	1	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID MO	1	QL(1125 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID MO	1	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER MO	1	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	1	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	1	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	1	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	1	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	1	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	1	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	1	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	1	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	1	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	1	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	1	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION MO	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	1	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	1	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	1	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	1	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	1	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION MO	1	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	1	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION MO	1	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	1	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	1	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	1	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE DL	1	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	1	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	1	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	1	QL(30 cada 30 días)
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	1	
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	1	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	1	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	1	
PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES		
aminocaproic acid 1,000 mg TABLET DL	1	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION MO	1	
aminocaproic acid 500 mg TABLET MO	1	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	1	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	1	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET MO	1	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	1	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	1	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	1	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	1	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	1	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	1	
warfarin 5 mg TABLET MO	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	1	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	1	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML AUTO-INJECTOR MO	1	QL(3.4 cada 28 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION MO	1	
FARXIGA 10 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 5 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE CI,MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
glimepiride 1 mg TABLET MO	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
glipizide 2.5 mg TABLET MO	1	
glipizide 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION MO	1	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	1	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION MO	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	1	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT CI,MO	1	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION CI,MO	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN CI,MO	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN CI,MO	1	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION CI,MO	1	
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN 100 UNIT/ML INSULIN PEN, SENSOR CI,MO	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,MO	1	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	1	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	1	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION CI,DL	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,DL	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	1	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	1	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	1	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN CI,MO	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN, SENSOR CI,MO	1	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	1	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	1	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,MO	1	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,MO	1	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION CI,MO	1	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	1	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	1	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	1	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	1	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	1	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET MO	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN CI,MO	1	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	1	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	1	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	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 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor diríjase a la página 6.

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTouch U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
TRESIBA FLEXTouch U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	1	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	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	1	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	1	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	1	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	1	QL(9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	1	QL(30 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	1	QL(15 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	1	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	1	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO	1	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET MO	1	
vanadom 350 mg TABLET MO	1	QL(120 cada 30 días)
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	1	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(90 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	1	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	1	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO	1	
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	1	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(30 cada 25 días)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(10.7 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	1	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	1	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION MO	1	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	1	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	1	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	1	BvsD
cyproheptadine 4 mg TABLET MO	1	
desloratadine 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

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

diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	1	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	1	QL(4 cada 30 días)
epoprostenol (glycine) 0.5 mg, 1.5 mg RECON SOLUTION DL	1	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	1	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	1	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	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	1	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	1	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE MO	1	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	1	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	1	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET DL	1	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	1	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	1	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	1	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL,LA	1	PA,QL(30 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	1	PA,QL(112 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE DL	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	1	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	1	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	1	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	1	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	1	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	1	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	1	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(30.6 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	1	PA,QL(56 cada 28 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	1	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	1	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	1	
theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION MO	1	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	1	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	1	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	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	1	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	1	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	1	QL(36 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET MO	1	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER DL	1	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	1	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	1	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	1	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	1	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	1	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	1	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	1	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	1	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	1	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	1	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL	1	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	1	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	1	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL	1	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	1	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	1	
VYNDAREL 20 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL	1	PA
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, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	1	

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ZENPEP 25,000-79,000- 105,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	1	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	1	PA,QL(120 cada 30 días)

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D – Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL – Límite de despacho • LA – Acceso limitado • MO – Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS – BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
*MEDICAMENTOS PERSONALIZADOS - CUBIERTOS A TRAVES DE MEDICAID		
<i>folic acid 1 mg TABLET</i>	1	
<i>folic acid 5 mg/ml SOLUTION</i>	1	

*Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. **Estos medicamentos no están cubiertos por el Beneficio de copago de \$0 en medicamentos recetados.**

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

AV - Vacunas del ACIP cubiertas por la Parte D • B vs D - Parte B o Parte D • CI - Productos de insulina cubiertos • DL - Límite de despacho • LA - Acceso limitado • MO - Pedido por correo • PA - Autorización previa • PDS - BD/HTL-Droplet son los suministros diabéticos preferidos • QL - Límite de cantidad • ST - Terapia por fases

Índice

A

abacavir... 94	ADEMPAS... 109	altavera (28)... 32
abacavir-lamivudine... 94	adenosine... 14	ALUNBRIG... 77
ABELCET... 74	ADRIAMYCIN... 77	alyacen 1/35 (28)... 32
ABILIFY ASIMTUFI... 90	ADSTILADRIN... 53	alyacen 7/7/7 (28)... 32
ABILIFY MAINTENA... 90	ADVAIR HFA... 110	alyq... 110
abiraterone... 76	afirmelle... 32	amabelz... 32
ABRYSVO (PF)... 43	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 12	amantadine hcl... 13
acamprosate... 24	ak-poly-bac... 49	AMBISOME... 74
acarbose... 105	AKEEGA... 77	ambrisentan... 110
accutane... 26	albendazole... 90	amethia... 33
acebutolol... 14	albuterol sulfate... 110	amethyst (28)... 33
acetaminophen-codeine... 57	ALCAINE... 50	amikacin... 61
acetazolamide sodium... 14	ALCOHOL PADS... 53	amiloride... 14
acetazolamide... 14	ALCOHOL PREP PADS... 53	amiloride-hydrochlorothiazide... 14
acetic acid... 53, 61	ALCOHOL SWABS... 53	aminocaproic acid... 103
acetylcysteine... 53, 109	ALCOHOL WIPES... 53	aminophylline... 110
acitretin... 27	ALECENSA... 77	AMINOSYN II 10 %... 98
ACTHIB (PF)... 43	alendronate... 22	AMINOSYN II 15 %... 98
ACTIMMUNE... 43	alfuzosin... 32	AMINOSYN II 7 %... 98
acyclovir sodium... 94	ALIQOPA... 77	AMINOSYN II 8.5 %... 98
acyclovir... 94	aliskiren... 14	AMINOSYN II 8.5
ADACEL(TDAP	allopurinol... 12	%-ELECTROLYTES... 98
ADOLESN/ADULT)(PF)... 44	alosetron... 30	AMINOSYN M 3.5 %... 98
adapalene... 27	ALPHAGAN P... 50	AMINOSYN 10 %... 98
ADCETRIS... 77	alprazolam intensol... 60	AMINOSYN 7 % WITH
adefovir... 94	alprazolam... 60	ELECTROLYTES... 98
		AMINOSYN 8.5 %... 98

AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 98	APREUDE... 94	ATROVENT HFA... 110
AMINOSYN-PF 10 %... 98	apri... 33	aubra eq... 33
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 98	APTIOM... 67	aubra... 33
AMINOSYN-RF 5.2 %... 98	APTIVUS... 94	AUGMENTIN... 62
amiodarone... 14	aranelle (28)... 33	AUGTYRO... 77
amitriptyline... 71	ARCALYST... 44	aurovela fe 1.5/30 (28)... 33
amlodipine... 14	AREXVY (PF)... 44	aurovela fe 1-20 (28)... 33
amlodipine-atorvastatin... 14	arformoterol... 110	aurovela 1.5/30 (21)... 33
amlodipine-benazepril... 14	aripiprazole... 90, 91	aurovela 1/20 (21)... 33
amlodipine-olmesartan... 14	ARISTADA INITIO... 91	aurovela 24 fe... 33
amlodipine-valsartan... 14	ARISTADA... 91	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)... 25
ammonium lactate... 27	ARMOUR THYROID... 41	AUSTEDO XR... 24
amnestem... 27	ARNUITY ELLIPTA... 110	AUSTEDO... 24
amoxapine... 71	ARRANON... 77	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 53
amoxicillin... 61	arsenic trioxide... 77	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 53
amoxicillin-pot clavulanate... 61	asenapine maleate... 91	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 53
amphotericin b liposome... 74	ashlyna... 33	AUVELITY... 71
amphotericin b... 74	ASPARLAS... 77	AUVI-Q... 110
ampicillin sodium... 62	aspirin-dipyridamole... 103	aviane... 33
ampicillin... 61	atazanavir... 94	ayuna... 33
ampicillin-sulbactam... 62	atenolol... 14	AYVAKIT... 77
anagrelide... 103	atenolol-chlorthalidone... 14	azacitidine... 77
anastrozole... 77	atomoxetine... 24	azathioprine... 44
ANKTIVA... 77	atorvastatin... 14	azelaic acid... 27
apraclonidine... 50	atovaquone... 90	azelastine... 50, 110
aprepitant... 73	atovaquone-proguanil... 90	azithromycin... 62
	ATROPINE SULFATE (PF)... 50	aztreonam... 62
	atropine... 50	

azurette (28)... 33	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 53	betamethasone acet,sod phos... 40
B		betamethasone dipropionate... 27
bacitracin... 50, 62	BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 53	betamethasone valerate... 27
bacitracin-polymyxin b... 50	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 53	betamethasone, augmented... 27
baclofen... 11	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 54	BETASERON... 25
bal-care dha... 98	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 54	betaxolol... 50
balsalazide... 23		bethanechol chloride... 32
BALVERSA... 77		BEVESPI AEROSPHERE... 110
balziva (28)... 33	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 54	bexarotene... 77
BAND-AID GAUZE PADS... 53	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 54	BEXSERO... 44
BAQSIMI... 105	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 54	bicalutamide... 77
BARACLUDE... 94	BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 54	BICILLIN C-R... 62
BAVENCIO... 77		BICILLIN L-A... 62
BCG VACCINE, LIVE (PF)... 44	BELBUCA... 57	BICNU... 77
BD ALCOHOL SWABS... 53	BELEODAQ... 77	BIKTARVY... 94
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 53	BELRAPZO... 77	bismuth subcit k-metronidz-tcn... 30
BD ECLIPSE LUER-LOK... 53	BELSOMRA... 52	bisoprolol fumarate... 15
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 53	benazepril... 14	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 53	benazepril-hydrochlorothiazide... 14	bleomycin... 78
BD INSULIN SYRINGE U-500... 53	bendamustine... 77	blisovi fe 1.5/30 (28)... 33
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 53	BENDEKA... 77	blisovi fe 1/20 (28)... 33
BD INSULIN SYRINGE... 53	BENLYSTA... 44	blisovi 24 fe... 33
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 53	benztropine... 13	BOOSTRIX TDAP... 44
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 53	BESPONSA... 77	BORDERED GAUZE... 54
	BESREMI... 44	BORTEZOMIB... 78
	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 50	BOSULIF... 78
	betaine... 113	BRAFTOVI... 78

BREO ELLIPTA... 110	CABOMETYX... 78	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 54
BREZTRI AEROSPHERE... 110	caffeine citrate... 54	carglumic acid... 99
briellyn... 33	calcipotriene... 27	carisoprodol... 109
BRILINTA... 103	calcitonin (salmon)... 22	carmustine... 78
brimonidine... 50	calcitriol... 22	carteolol... 50
BRIVIACT... 67	calcium acetate(phosphat bind)... 98	cartia xt... 15
bromocriptine... 13	calcium chloride... 98	carvedilol phosphate... 15
BRUKINSA... 78	calcium gluconate... 99	carvedilol... 15
budesonide... 23, 110	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 78	casprofungin... 74
bumetanide... 15	CALQUENCE... 78	CAYSTON... 110
bupivacaine (pf)... 60	camila... 33	caziant (28)... 33
bupivacaine hcl... 60	camrese lo... 33	cefaclor... 62
buprenorphine hcl... 24	camrese... 33	cefadroxil... 62
buprenorphine... 57	CAMZYOS... 15	cefazolin in dextrose (iso-os)... 62
buprenorphine-naloxone... 24	candesartan... 15	cefazolin... 62
bupropion hcl (smoking deter)... 24	candesartan-hydrochlorothiazid... 15	cefdinir... 62
bupropion hcl... 71	CAPLYTA... 91	cefepime in dextrose 5 %... 62
buspirone... 60	CAPRELSA... 78	cefepime in dextrose,iso-osm... 62
busulfan... 78	captopril... 15	cefepime... 62
BUSULFEX... 78	captopril-hydrochlorothiazide... 15	cefixime... 62
butalbital-acetaminop-caf-cod... 54	carbamazepine... 67, 68	cefotaxime... 62
butalbital-acetaminophen-caff... 54	carbidopa-levodopa... 13	cefotetan... 62
BYDUREON BCISE... 105	carbidopa-levodopa-entacapone... 13	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 63
C	carboplatin... 78	cefoxitin... 63
c-nate dha... 98		cefpodoxime... 63
CABENUVA... 94		cefprozil... 63
cabergoline... 42		ceftazidime in d5w... 63
CABLIVI... 103		

ceftazidime... 63	ciclodan... 74	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 99
ceftriaxone in dextrose,iso-os... 63	ciclopirox... 74, 75	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 99
ceftriaxone... 63	cidofovir... 94	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 99
cefuroxime axetil... 63	cilostazol... 103	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 99
cefuroxime sodium... 63	CILOXAN... 50	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 99
celecoxib... 57	CIMDUO... 94	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 99
CELLCEPT INTRAVENOUS... 44	cimetidine hcl... 30	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 99
cephalexin... 63	cimetidine... 30	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 99
CERDELGA... 113	cinacalcet... 22	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 99
CEREZYME... 113	ciprofloxacin hcl... 50, 63	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 99
cetirizine... 110	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 63	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 99
cevimeline... 26	cisplatin... 78	CLINISOL SF 15 %... 99
charlotte 24 fe... 33	citalopram... 71	CLINOLIPID... 99
chateal (28)... 33	cladribine... 78	clobazam... 68
chateal eq (28)... 33	claravis... 27	clobetasol... 27, 28
CHEMET... 99	clarithromycin... 63	clobetasol-emollient... 28
chloramphenicol sod succinate... 63	CLENPIQ... 30	clofarabine... 78
chlorhexidine gluconate... 26	CLEOCIN... 63	CLOLAR... 78
chloroquine phosphate... 90	clindamycin hcl... 63	
chlorothiazide sodium... 15	clindamycin in 0.9 % sod chlor... 63	
chlorpromazine... 91	clindamycin in 5 % dextrose... 63	
chlorthalidone... 15	clindamycin palmitate hcl... 63	
CHOLBAM... 113	clindamycin pediatric... 64	
cholestyramine (with sugar)... 15	clindamycin phosphate... 27, 64	
cholestyramine light... 15	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 99	
cholestyramine-aspartame... 15	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 99	
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 40		

clomipramine... 71	COSENTYX (2 SYRINGES)... 44	cyred... 33
clonazepam... 60	COSENTYX PEN (2 PENS)... 44	CYSTAGON... 113
clonidine hcl... 15	COSENTYX PEN... 44	CYSTARAN... 50
clonidine... 15	COSENTYX UNOREADY PEN... 44	cytarabine (pf)... 79
clopidogrel... 103, 104	COSENTYX... 44	cytarabine... 79
clorazepate dipotassium... 60	COSMEGEN... 78	D
clotrimazole... 75	COTELLIC... 78	dabigatran etexilate... 104
clotrimazole-betamethasone... 75	CREON... 113	dacarbazine... 79
clozapine... 91	cromolyn... 50, 110	dactinomycin... 79
COARTEM... 90	cryselle (28)... 33	dalfampridine... 25
COBENFY STARTER PACK... 54	CRYSVITA... 113	danazol... 34
COBENFY... 54	CURITY ALCOHOL SWABS... 54	dantrolene... 11
colchicine... 12	CURITY GAUZE... 54	DANYELZA... 79
colestipol... 15	cyclobenzaprine... 109	dapsone... 76
colistin (colistimethate na)... 64	cyclopentolate... 50	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 45
COLUMVI... 78	cyclophosphamide... 78, 79	daptomycin in 0.9 % sod chlor... 64
COMBIGAN... 50	cycloserine... 76	daptomycin... 64
COMBIPATCH... 33	cyclosporine modified... 44	darifenacin... 32
COMBIVENT RESPIMAT... 110	cyclosporine... 44	darunavir... 94
COMETRIQ... 78	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS... 44	DARZALEX FASPRO... 79
COMPLERA... 94	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV... 45	DARZALEX... 79
complete natal dha... 99	CYLTEZO(CF) PEN... 44	dasatinib... 79
compro... 73	CYLTEZO(CF)... 44	dasetta 1/35 (28)... 34
constulose... 30	cyproheptadine... 110	dasetta 7/7/7 (28)... 34
COPAXONE... 25	CYRAMZA... 79	daunorubicin... 79
COPIKTRA... 78	cyred eq... 34	DAURISMO... 79
CORLANOR... 16		daysee... 34
CORLOPAM... 16		

deblitane... 34	dextrose 20 % in water (d20w)... 99	dihydroergotamine... 12
decitabine... 79	dextrose 25 % in water (d25w)... 99	DILANTIN INFATABS... 68
deferasirox... 99	dextrose 30 % in water (d30w)... 99	DILANTIN-125... 68
DELSTRIGO... 94	dextrose 40 % in water (d40w)... 100	dilt-xr... 16
demeclocycline... 64	dextrose 5 % in water (d5w)... 100	diltiazem hcl... 16
DENGVAXIA (PF)... 45	dextrose 5 %-lactated ringers... 100	dimethyl fumarate... 25
DEPO-ESTRADIOL... 34	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 100	diphenhydramine hcl... 111
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 34	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 100	diphenoxylate-atropine... 30
DERMACEA... 54	dextrose 50 % in water (d50w)... 100	dipyridamole... 104
DESCOVY... 94	dextrose 70 % in water (d70w)... 100	disulfiram... 24
desipramine... 71	DIACOMIT... 68	DIURIL... 16
desloratadine... 110	diazepam intensol... 61	divalproex... 68
desmopressin... 40	diazepam... 60, 61, 68	DOCEFREZ... 79
desog-e.estradiol/e.estradiol... 34	diazoxide... 105	docetaxel... 79
desogestrel-ethinyl estradiol... 34	diclofenac epolamine... 57	dofetilide... 16
desvenlafaxine succinate... 72	diclofenac sodium... 28, 50, 57	dolishale... 34
dexamethasone intensol... 40	diclofenac-misoprostol... 57	donepezil... 11
dexamethasone sodium phos (pf)... 40	dicloxacillin... 64	dorzolamide... 50
dexamethasone sodium phosphate... 40, 50	dicyclomine... 30	dorzolamide-timolol... 50
dexamethasone... 40	didanosine... 94	dotti... 34
dexmethylphenidate... 25	DIFICID... 64	DOVATO... 94
dexrazoxane hcl... 79	digitek... 16	doxazosin... 16
dextroamphetamine sulfate... 25	digox... 16	doxepin... 61
dextroamphetamine-amphetamine... 25	digoxin... 16	doxercalciferol... 22
dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 99		doxorubicin... 79
dextrose 10 % in water (d10w)... 99		doxorubicin, peg-liposomal... 79
		doxy-100... 64
		doxycycline hyclate... 64

doxycycline monohydrate... 64	ec-naproxen... 57	EMPLICITI... 80
DRIZALMA SPRINKLE... 72	econazole... 75	EMSAM... 72
dronabinol... 73	EDURANT... 94	emtricitabine... 95
droperidol... 91	efavirenz... 94, 95	emtricitabine-tenofovir (tdf)... 95
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 54	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 95	EMTRIVA... 95
DROPLET INSULIN SYRINGE... 54	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 95	emzahh... 34
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 54	EGRIFTA SV... 40	enalapril maleate... 16
DROPLET PEN NEEDLE... 54	electrolyte-a... 100	enalapril-hydrochlorothiazide... 16
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 55	electrolyte-148... 100	enalaprilat... 16
DROPSAFE PEN NEEDLE... 55	electrolyte-48 in d5w... 100	ENBREL MINI... 45
drospirenone-ethinyl estradiol... 34	ELELYSO... 113	ENBREL SURECLICK... 45
DROXIA... 55	ELIGARD (3 MONTH)... 42	ENBREL... 45
DUAVEE... 34	ELIGARD (4 MONTH)... 42	endocet... 57
duloxetine... 72	ELIGARD (6 MONTH)... 42	ENDOMETRIN... 34
DUPIXENT PEN... 45	ELIGARD... 42	ENERGIX-B (PF)... 45
DUPIXENT SYRINGE... 45	elinest... 34	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)... 45
dutasteride... 32	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 104	ENHERTU... 80
dutasteride-tamsulosin... 32	ELIQUIS... 104	enilloring... 34
d10 %-0.45 % sodium chloride... 99	ELLA... 34	enoxaparin... 104
d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 99	ELMIRON... 32	enpresse... 34
d5 % and 0.9 % sodium chloride... 99	ELREXFIO... 79	enskyce... 34
d5 %-0.45 % sodium chloride... 99	eluryng... 34	ENSTILAR... 28
E	ELZONRIS... 79	entacapone... 13
EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 55	EMCYT... 79	entecavir... 95
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 55	EMGALITY PEN... 12	ENTRESTO SPRINKLE... 16
	EMGALITY SYRINGE... 12	ENTRESTO... 16
		enulose... 30
		ENVARUSUS XR... 45

EPCLUSA... 95	eszopiclone... 52	FANAPT... 91
EPIDIOLEX... 68	ethacrynate sodium... 16	FARXIGA... 105
epinephrine... 111	ethambutol... 76	FASENRA PEN... 111
epirubicin... 80	ethosuximide... 68	febuxostat... 12
epitol... 68	ethynodiol diac-eth estradiol... 35	felbamate... 68
EPIVIR HBV... 95	etodolac... 57	felodipine... 16
EPKINLY... 80	etonogestrel-ethinyl estradiol... 35	FEMLYV... 35
epoprostenol (glycine)... 111	ETOPOPHOS... 80	femynor... 35
EPRONTIA... 12	etoposide... 80	fenofibrate micronized... 16, 17
ERBITUX... 80	etravirine... 95	fenofibrate nanocrystallized... 17
ergotamine-caffeine... 12	EULEXIN... 80	fenofibrate... 16
eribulin... 80	EUTHYROX... 41	fenofibric acid... 17
ERIVEDGE... 80	everolimus (antineoplastic)... 80	fentanyl citrate (pf)... 58
ERLEADA... 80	everolimus (immunosuppressive)... 45	fentanyl citrate... 57, 58
erlotinib... 80	EVOMELA... 80	fentanyl... 57
errin... 34	EVOTAZ... 95	fesoterodine... 32
ertapenem... 64	exemestane... 80	FETZIMA... 72
ery pads... 28	EXKIVITY... 80	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 105
ERYTHROCIN... 64	EYSUVIS... 50	FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 105
erythromycin lactobionate... 64	ezetimibe... 16	FIASP U-100 INSULIN... 106
erythromycin with ethanol... 28	ezetimibe-simvastatin... 16	finasteride... 32
erythromycin... 50, 64		fingolimod... 25
escitalopram oxalate... 72	F	FINTEPLA... 68
esomeprazole magnesium... 30	falmina (28)... 35	FIRDAPSE... 25
estradiol valerate... 35	famciclovir... 95	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 42
estradiol... 34	famotidine (pf)... 30	FIRMAGON... 42
estradiol-norethindrone acet... 35	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 30	
ESTRING... 35	famotidine... 30	

flecainide... 17	folic acid... 115	gavilyte-n... 30
floxuridine... 80	FOLOTYN... 80	GAVRETO... 81
fluconazole in nacl (iso-osm)... 75	FORTEO... 23	GAZYVA... 81
fluconazole... 75	fosamprenavir... 95	gefitinib... 81
flucytosine... 75	fosinopril... 17	gemcitabine... 81
fludarabine... 80	fosinopril-hydrochlorothiazide... 17	gemfibrozil... 17
fludrocortisone... 40	fosphenytoin... 68	GEMTESA... 32
flumazenil... 55	FOTIVDA... 80	generlac... 30
flunisolide... 111	FRUZAQLA... 80	gengraf... 45
fluocinolone acetonide oil... 11	FULPHILA... 104	gentak... 50
fluocinolone and shower cap... 28	fulvestrant... 80	gentamicin in nacl (iso-osm)... 65
fluocinolone... 28	furosemide... 17	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 65
fluocinonide... 28	FUZEON... 95	gentamicin sulfate (pf)... 65
fluocinonide-e... 28	FYARRO... 80	gentamicin... 50, 64
fluocinonide-emollient... 28	FYCOMPA... 68	GENVOYA... 95
fluorometholone... 50	G	GILOTRIF... 81
fluorouracil... 28, 80	gabapentin... 68	glatiramer... 25
fluoxetine... 72	galantamine... 11	glatopa... 25
fluphenazine decanoate... 91	gallifrey... 35	GLEOSTINE... 81
fluphenazine hcl... 91	GAMUNEX-C... 45	glimepiride... 106
flurbiprofen sodium... 50	GARDASIL 9 (PF)... 45	glipizide... 106
flurbiprofen... 58	gatifloxacin... 50	glipizide-metformin... 106
flutamide... 80	GATTEX ONE-VIAL... 30	GLUCAGEN HYPOKIT... 106
fluticasone propion-salmeterol... 111	GATTEX 30-VIAL... 30	glyburide micronized... 106
fluticasone propionate... 28, 111	GAUZE BANDAGE... 55	glyburide... 106
fluvastatin... 17	GAUZE PAD... 55	glyburide-metformin... 106
fluvoxamine... 72	gavilyte-c... 30	GLYCOPHOS... 100
	gavilyte-g... 30	glycopyrrolate... 30, 31

GLYXAMBI... 106	HETLIOZ LQ... 52	HUMIRA(CF)... 46
granisetron (pf)... 73	HIBERIX (PF)... 46	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN... 107
granisetron hcl... 74	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100... 106	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN... 107
griseofulvin microsize... 75	HUMALOG KWIKPEN INSULIN... 106	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN... 107
griseofulvin ultramicrosize... 75	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100... 106	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN... 107
guanfacine... 17, 25	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 106	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 107
GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 106	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 106	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN... 107
GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 106	HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN... 106	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN... 107
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 106	HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN... 106	hydralazine... 17
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 106	HUMALOG U-100 INSULIN... 106	hydrochlorothiazide... 17
GVOKE... 106	HUMATIN... 65	hydrocodone-acetaminophen... 58
H	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS STARTER... 46	hydrocodone-ibuprofen... 58
HAEGARDA... 45	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS... 46	hydrocortisone... 23, 28
hailey fe 1.5/30 (28)... 35	HUMIRA PEN... 46	hydrocortisone-acetic acid... 11
hailey fe 1/20 (28)... 35	HUMIRA... 46	hydromorphone... 58
hailey 24 fe... 35	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 46	hydroxychloroquine... 90
hailey... 35	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 46	hydroxyurea... 81
HALAVEN... 81	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 46	hydroxyzine hcl... 61
haloette... 35	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 46	hydroxyzine pamoate... 111
haloperidol decanoate... 92	HUMIRA(CF) PEN... 46	HYFTOR... 28
haloperidol lactate... 92	HUMIRA... 46	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER... 46
haloperidol... 91	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 46	
HARVONI... 95	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 46	
HAVRIX (PF)... 46	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 46	
heather... 35	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 46	
heparin (porcine)... 104	HUMIRA(CF) PEN... 46	
heparin, porcine (pf)... 104		
HEPLISAV-B (PF)... 46		

HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER... 46	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 46	IONOSOL-MB IN D5W... 100
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER... 46	INBRIJA... 13	IPOL... 46
HYRIMOZ(CF) PEN... 46	incassia... 35	ipratropium bromide... 111
HYRIMOZ(CF)... 46	INCONTROL ALCOHOL PADS... 55	ipratropium-albuterol... 111
I	INCRELEX... 40	irbesartan... 17
ibandronate... 23	indapamide... 17	irbesartan-hydrochlorothiazide... 17
IBRANCE... 81	indomethacin... 58	irinotecan... 82
ibu... 58	INFANRIX (DTAP) (PF)... 46	ISENTRESS HD... 95
ibuprofen... 58	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)... 26	ISENTRESS... 95
ibutilide fumarate... 17	INGREZZA... 25	isibloom... 35
icatibant... 46	INLYTA... 81, 82	ISOLYTE S PH 7.4... 100
iclevia... 35	INQOVI... 82	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 100
ICLUSIG... 81	INREBIC... 82	ISOLYTE-S... 100
idarubicin... 81	INSULIN LISPRO... 107	isoniazid... 76
IDHIFA... 81	INSULIN SYRINGE MICROFINE... 55	isosorbide dinitrate... 17
ifosfamide... 81	INSULIN SYRINGE... 55	isosorbide mononitrate... 17, 18
ILEVRO... 50	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 55	isosorbide-hydralazine... 18
imatinib... 81	INTELENCE... 95	isotretinoin... 29
IMBRUVICA... 81	INTRALIPID... 100	isradipine... 18
IMDELLTRA... 81	INVEGA HAFYERA... 92	ISTODAX... 82
IMFINZI... 81	INVEGA SUSTENNA... 92	ISTURISA... 43
imipenem-cilastatin... 65	INVEGA TRINZA... 92	ISUPREL... 18
imipramine hcl... 72	INVOKAMET XR... 107	ITOVEBI... 82
imipramine pamoate... 72	INVOKAMET... 107	itraconazole... 75
imiquimod... 28	INVOKANA... 107	IV PREP WIPES... 55
IMJUDO... 81	IONOSOL-B IN D5W... 100	ivabradine... 18
IMLYGIC... 81		ivermectin... 90
		IWILFIN... 82

IXCHIQ (PF)... 47

IXEMPRA... 82

IXIARO (PF)... 47

J

jaimiess... 35

JAKAFI... 82

jantoven... 104

JANUMET XR... 107

JANUMET... 107

JANUVIA... 107

JARDIANCE... 107

jasmiel (28)... 35

javygtor... 113

JAYPIRCA... 82

JEMPERLI... 82

jencycla... 35

JENTADUETO XR... 107

JENTADUETO... 107

JEVTANA... 82

juleber... 35

JULUCA... 96

junel fe 1.5/30 (28)... 35

junel fe 1/20 (28)... 35

junel fe 24... 35

junel 1.5/30 (21)... 35

junel 1/20 (21)... 35

JYLAMVO... 47

JYNNEOS (PF)... 47

K

K-TAB... 100

KABIVEN... 100

KADCYLA... 82

kalliga... 35

KALYDECO... 111

KANJINTI... 82

kariva (28)... 35

kelnor 1/35 (28)... 35

kelnor 1/50 (28)... 35

KERENDIA... 18

KESIMPTA PEN... 26

ketoconazole... 75

ketorolac... 51, 58

KEVZARA... 47

KEYTRUDA... 82

KIMMTRAK... 82

KINRIX (PF)... 47

kionex (with sorbitol)... 100

KISQALI FEMARA CO-PACK... 82

KISQALI... 82

klayesta... 75

klor-con m10... 100

KLOR-CON M15... 100

klor-con m20... 100

KLOR-CON 10... 100

KLOR-CON 8... 100

KORLYM... 55

KOSELUGO... 82

kourzeq... 26

KRAZATI... 82

KRINTAFEL... 90

kurvelo (28)... 36

KYPROLIS... 82

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad... 36

labetalol... 18

lacosamide... 69

lactated ringers... 55, 100

lactulose... 31

LAGEVRIO (EUA)... 55

lamivudine... 96

lamivudine-zidovudine... 96

lamotrigine... 69

LAMPIT... 90

lansoprazole... 31

LANTUS SOLOSTAR U-100

INSULIN... 107

LANTUS U-100 INSULIN... 107

lapatinib... 82

larin fe 1.5/30 (28)... 36

larin fe 1/20 (28)... 36

larin 1.5/30 (21)... 36

larin 1/20 (21)... 36

larin 24 fe... 36

latanoprost... 51

LAZCLUZE... 83	LEVULAN... 83	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 36
leena 28... 36	LEXIVA... 96	LOESTRIN 1/20 (21)... 36
leflunomide... 47	LIBERVANT... 69	lojaimiess... 36
lenalidomide... 83	LIBTAYO... 83	LONSURF... 83
LENVIMA... 83	lidocaine (pf)... 18	loperamide... 31
lessina... 36	lidocaine hcl... 60	lopinavir-ritonavir... 96
letrozole... 83	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 18	LOQTORZI... 83
leucovorin calcium... 83	lidocaine viscous... 60	lorazepam intensol... 61
LEUKERAN... 83	lidocaine... 60	lorazepam... 61
leuprolide (3 month)... 42	lidocaine-epinephrine... 60	LORBRENA... 83
leuprolide... 42	lidocaine-prilocaine... 60	loryna (28)... 36
levalbuterol tartrate... 111	lincomycin... 65	losartan... 18
levetiracetam in nacl (iso-os)... 69	lindane... 29	losartan-hydrochlorothiazide... 18
levetiracetam... 69	linezolid in dextrose 5%... 65	LOTEMAX SM... 51
LEVO-T... 41	linezolid... 65	lovastatin... 18
levobunolol... 51	linezolid-0.9% sodium chloride... 65	low-ogestrel (28)... 36
levocarnitine (with sugar)... 100	LINZESS... 31	loxapine succinate... 92
levocarnitine... 100	liothyronine... 42	lubiprostone... 31
levocetirizine... 111	LIPOFEN... 18	LUMAKRAS... 83
levofloxacin in d5w... 65	lisinopril... 18	LUMIGAN... 51
levofloxacin... 65	lisinopril-hydrochlorothiazide... 18	LUNSUMIO... 83
levoleucovorin calcium... 83	lithium carbonate... 52	LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 42
levonest (28)... 36	lithium citrate... 52	LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 42
levonorg-eth estrad triphasic... 36	LITHOSTAT... 55	LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 42
levonorgestrel-ethinyl estrad... 36	lo-zumandimine (28)... 36	LUPRON DEPOT... 42
levora-28... 36	LOCOID LIPOCREAM... 29	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 42
levothyroxine... 42	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 36	LUPRON DEPOT-PED... 42
LEVOXYL... 42	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 36	lurasidone... 92

luteru (28)... 36	MARPLAN... 72	methocarbamol... 109
LYBALVI... 92	MATULANE... 83	methotrexate sodium (pf)... 47
lyleq... 36	meclizine... 74	methotrexate sodium... 47
lyllana... 36	medroxyprogesterone... 37	methoxsalen... 29
LYNPARZA... 83	mefloquine... 90	methscopolamine... 31
LYSODREN... 43	megestrol... 37	methsuximide... 69
LYTGOBI... 83	MEKINIST... 84	methyldopa... 18
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN... 107	MEKTOVI... 84	methyldopa-hydrochlorothiazide... 18
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN... 107	meloxicam... 58	methylphenidate hcl... 26
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN... 107	melphalan hcl... 84	methylprednisolone acetate... 41
LYUMJEV U-100 INSULIN... 107	melphalan... 84	methylprednisolone sodium succ... 41
lyza... 36	memantine... 11	methylprednisolone... 41
M	MENACTRA (PF)... 47	metoclopramide hcl... 74
M-M-R II (PF)... 47	MENEST... 37	metolazone... 18
m-natal plus... 100	MENQUADFI (PF)... 47	metoprolol succinate... 18
magnesium sulfate in d5w... 101	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 47	metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 18
magnesium sulfate in water... 101	mercaptopurine... 84	metoprolol tartrate... 19
magnesium sulfate... 101	meropenem... 65	metronidazole in nacl (iso-os)... 65
malathion... 29	meropenem-0.9% sodium chloride... 65	metronidazole... 65
mannitol 10 %... 18	mesalamine... 23, 24	metyrosine... 19
mannitol 20 %... 18	MESNEX... 84	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL... 75
mannitol 25 %... 18	metformin... 107, 108	micafungin... 75
mannitol 5 %... 18	methadone intensol... 58	miconazole-3... 75
maraviroc... 96	methadone... 58	microgestin fe 1.5/30 (28)... 37
MARGENZA... 83	methazolamide... 18	microgestin fe 1/20 (28)... 37
marlissa (28)... 36	methenamine hippurate... 65	
	methimazole... 43	

microgestin 1.5/30 (21)... 37	moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 66	nateglinide... 108
microgestin 1/20 (21)... 37	MOZOBIL... 104	NATPARA... 23
microgestin 24 fe... 37	MRESVIA (PF)... 47	NAYZILAM... 69
midodrine... 19	MULTAQ... 19	nebivolol... 19
mifepristone... 55	mupirocin... 29	NEBUPENT... 90
mili... 37	MUTAMYCIN... 84	necon 0.5/35 (28)... 37
mimvey... 37	MVASI... 84	nefazodone... 72
minocycline... 65	MYALEPT... 31	nelarabine... 84
minoxidil... 19	mycophenolate mofetil (hcl)... 47	neo-polycin hc... 51
MIRCETTE (28)... 37	mycophenolate mofetil... 47	neo-polycin... 51
mirtazapine... 72	mycophenolate sodium... 47	neo-vital rx... 101
misoprostol... 31	MYLOTARG... 84	neomycin... 66
MITIGARE... 12	myorisan... 29	neomycin-bacitracin-poly-hc... 51
mitomycin... 84	MYRBETRIQ... 32	neomycin-bacitracin-polymyxin... 51
mitoxantrone... 84	N	neomycin-polymyxin b-dexameth... 51
modafinil... 52	nabumetone... 59	neomycin-polymyxin-gramicidin... 51
moexipril... 19	nadolol... 19	neomycin-polymyxin-hc... 11, 51
molindone... 92	nafcillin in dextrose iso-osm... 66	NEONATAL COMPLETE... 101
mometasone... 29, 111	nafcillin... 66	NEONATAL PLUS VITAMIN... 101
mondoxyne nl... 66	nalmefene... 24	NEONATAL-DHA... 101
MONJUVI... 47	naloxone... 24	NERLYNX... 84
mono-lynyah... 37	naltrexone... 24	NEULASTA ONPRO... 104
montelukast... 111	NAMZARIC... 11	NEULASTA... 104
morphine concentrate... 59	naproxen sodium... 59	nevirapine... 96
morphine... 58, 59	naproxen... 59	NEXLETOL... 19
MOUNJARO... 108	naratriptan... 12	NEXLIZET... 19
MOVANTIK... 31	NATACYN... 51	
moxifloxacin... 51, 66	NATAZIA... 37	

NEXTERONE... 19	norethindrone-e.estradiol-iron... 37	NOVOLOG PENFILL U-100
niacin... 19	norgestimate-ethinyl estradiol... 38	INSULIN... 108
niacor... 19	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 101	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 108
NICOTROL NS... 24	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 101	NOVOPEN ECHO... 55
nifedipine... 19	NORMOSOL-R PH 7.4... 101	NOXAFIL... 75
nikki (28)... 37	NORMOSOL-R... 101	NUBEQA... 84
nilutamide... 84	nortrel 0.5/35 (28)... 38	NUCALA... 111
nimodipine... 19	nortrel 1/35 (21)... 38	NUEDEXTA... 26
NINLARO... 84	nortrel 1/35 (28)... 38	NUPLAZID... 92
NIPENT... 84	nortrel 7/7/7 (28)... 38	NUTRILIPID... 101
nisoldipine... 19	nortriptyline... 72	nyamyc... 75
nitazoxanide... 90	NORVIR... 96	nylia 1/35 (28)... 38
nitisinone... 113	NOVOLIN N FLEXPEN... 108	nylia 7/7/7 (28)... 38
nitrofurantoin macrocrystal... 66	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 108	nymyo... 38
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 66	NOVOLIN R FLEXPEN... 108	nystatin... 75, 76
nitroglycerin in 5 % dextrose... 19	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 108	nystatin-triamcinolone... 76
nitroglycerin... 19, 55	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 108	nystop... 76
NITROSTAT... 20	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 108	O
NIVESTYM... 104	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 108	ocella... 38
nizatidine... 31	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN... 108	octreotide acetate... 43
NORA-BE... 37	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 108	octreotide,microspheres... 43
norelgestromin-ethin.estradiol... 37		ODEFSEY... 96
norepinephrine bitartrate... 20		ODOMZO... 84
noreth-ethinyl estradiol-iron... 37		OFEV... 111
norethindrone (contraceptive)... 37		ofloxacin... 11, 51, 66
norethindrone ac-eth estradiol... 37		OGSIVEO... 84
norethindrone acetate... 37		OJEMDA... 84

OJJAARA... 84	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 55	OTEZLA... 29
olanzapine... 92	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)... 55	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 66
olmesartan... 20	OMNITROPE... 40	oxacillin... 66
olmesartan-amlodipin-hcthidiazid... 20	ONCASPAR... 84	oxaliplatin... 85
olmesartan-hydrochlorothiazide... 20	ondansetron hcl (pf)... 74	oxandrolone... 38
olopatadine... 51	ondansetron hcl... 74	oxazepam... 61
omega-3 acid ethyl esters... 20	ondansetron... 74	oxcarbazepine... 69
omeprazole... 31	ONIVYDE... 84	oxybutynin chloride... 32
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 55	ONUREG... 84	oxycodone... 59
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 55	OPDIVO... 84, 85	oxycodone-acetaminophen... 59
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 55	OPDUALAG... 85	OZEMPIC... 108
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 55	OPSUMIT... 111	P
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 56	OPSYNVI... 112	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 56	oralone... 26	PACERONE... 20
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 56	ORBACTIV... 66	paclitaxel protein-bound... 85
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 56	ORGOVYX... 43	paclitaxel... 85
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 56	ORKAMBI... 112	PADCEV... 85
OMNIPOD GO PODS... 55	ORSERDU... 85	paliperidone... 92
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)... 55	ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 38	pamidronate... 23
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 55	oseltamivir... 96	PANRETIN... 85
	OSMITROL 10 %... 20	pantoprazole in 0.9% sod chlor... 31
	OSMITROL 15 %... 20	pantoprazole... 31
	OSMITROL 20 %... 20	paraplatin... 85
	OSMITROL 5 %... 20	paricalcitol... 23
	OSPHENA... 38	paroex oral rinse... 26
	OTEZLA STARTER... 29	paromomycin... 66
		paroxetine hcl... 72, 73
		PASER... 76
		PAXLOVID... 56

pazopanib... 85	perphenazine-amitriptyline... 73	plerixafor... 104
PEDIARIX (PF)... 47	PERSERIS... 92	podofilox... 29
PEDVAX HIB (PF)... 47	pfizerpen-g... 66	POLIVY... 85
peg 3350-electrolytes... 31	phenelzine... 73	polocaine... 60
peg-electrolyte soln... 31	phenobarbital... 69	polocaine-mpf... 60
PEGASYS... 47	PHENYTEK... 69	polycin... 51
PEMAZYRE... 85	phenytoin sodium extended... 70	polymyxin b sulf-trimethoprim... 51
pemetrexed disodium... 85	phenytoin sodium... 70	polymyxin b sulfate... 66
pemetrexed... 85	phenytoin... 70	POMALYST... 85
PEMRYDI RTU... 85	philith... 38	portia 28... 38
PEN NEEDLE, DIABETIC... 56	PHOSPHOLINE IODIDE... 51	PORTRAZZA... 85
PENBRAYA (PF)... 47	PHYSIOLYTE... 56	posaconazole... 76
penicillamine... 101	PHYSIOSOL IRRIGATION... 56	potassium acetate... 101
penicillin g pot in dextrose... 66	PIFELTRO... 96	potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 101
penicillin g potassium... 66	pilocarpine hcl... 26, 51	potassium chloride in lr-d5... 102
penicillin g procaine... 66	pimecrolimus... 29	potassium chloride in water... 102
penicillin g sodium... 66	pimozide... 93	potassium chloride in 0.9%nacl... 102
penicillin v potassium... 66	pimtrea (28)... 38	potassium chloride in 5 % dex... 102
PENTACEL (PF)... 47	pioglitazone... 108	potassium chloride... 101, 102
PENTAM... 90	pioglitazone-metformin... 108	potassium chloride-d5-0.2%nacl... 102
pentamidine... 90	piperacillin-tazobactam... 66	potassium chloride-d5-0.3%nacl... 102
pentoxifylline... 20	PIQRAY... 85	potassium chloride-d5-0.9%nacl... 102
PERIKABIVEN... 101	pirfenidone... 112	potassium chloride-0.45 % nacl... 102
perindopril erbumine... 20	pirmella... 38	
periogard... 26	piroxicam... 59	
PERJETA... 85	PLASMA-LYTE A... 101	
permethrin... 29	PLASMA-LYTE 148... 101	
perphenazine... 92	PLENAMINE... 101	

potassium citrate... 102	PREVYMIS... 96	propranolol... 20
POTELIGEO... 85	PREZCOBIX... 96	propranolol-hydrochlorothiazid... 20
pr natal 400 ec... 102	PREZISTA... 96	propylthiouracil... 43
pr natal 400... 102	PRIFTIN... 76	PROQUAD (PF)... 48
pr natal 430 ec... 102	primaquine... 90	PROSOL 20 %... 102
pr natal 430... 102	primidone... 70	protamine... 56
pralatrexate... 85	PRIMSOL... 66	protriptyline... 73
pramipexole... 13	PRIORIX (PF)... 48	PULMOZYME... 112
prasugrel... 104	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 56	PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 56
pravastatin... 20	probenecid... 12	PURIXAN... 86
praziquantel... 90	probenecid-colchicine... 12	pyrazinamide... 76
prazosin... 20	procainamide... 20	pyridostigmine bromide... 12
prednisolone acetate... 51	prochlorperazine edisylate... 74	pyrimethamine... 90
prednisolone sodium phosphate... 41, 51	prochlorperazine maleate... 74	PYRUKYND... 105
prednisolone... 41	prochlorperazine... 74	Q
prednisone intensol... 41	PROCRIT... 104	QINLOCK... 86
prednisone... 41	procto-med hc... 29	QUADRACEL (PF)... 48
pregabalin... 26	proctosol hc... 29	QUARTETTE... 38
PREHEVBRIO (PF)... 47	proctozone-hc... 29	quetiapine... 93
PREMARIN... 38	progesterone micronized... 38	quinapril... 20
PREMASOL 10 %... 102	progesterone... 38	quinapril-hydrochlorothiazide... 21
PRENATA... 102	PROGRAF... 48	quinidine sulfate... 21
PRENATABS FA... 102	PROLEUKIN... 86	quinine sulfate... 90
prenatal plus (calcium carb)... 102	PROLIA... 23	QULIPTA... 12
prenatal plus vitamin-mineral... 102	PROMACTA... 105	R
PRENATE ELITE... 102	promethazine... 74	RABAVERT (PF)... 48
prevalite... 20	propafenone... 20	rabeprazole... 31
	proparacaine... 51	raloxifene... 38

ramipril... 21	riluzole... 26	RYBELSUS... 108
ranolazine... 21	rimantadine... 97	RYBREVANT... 86
rasagiline... 13	ringer's... 56, 102	RYDAPT... 86
RAYALDEE... 23	RINVOQ LQ... 48	RYLAZE... 86
reclipsen (28)... 38	RINVOQ... 48	RYTARY... 13
RECOMBIVAX HB (PF)... 48	risedronate... 23	RYTELO... 86
RECTIV... 56	RISPERDAL CONSTA... 93	S
RELENZA DISKHALER... 96	risperidone... 93	sajazir... 48
repaglinide... 108	ritonavir... 97	SANCUSO... 74
REPATHA PUSHTRONEX... 21	rivastigmine tartrate... 11	SANDIMMUNE... 48
REPATHA SURECLICK... 21	rivastigmine... 11	SANDOSTATIN LAR DEPOT... 43
REPATHA SYRINGE... 21	rivelsa... 38	SANTYL... 29
RESTASIS MULTIDOSE... 51	rizatriptan... 12	sapropterin... 113
RESTASIS... 51	ROCKLATAN... 51	SARCLISA... 86
RETACRIT... 105	roflumilast... 112	SAVELLA... 26
RETEVMO... 86	romidepsin... 86	saxagliptin... 108
RETROVIR... 97	ropinirole... 13	SCEMBLIX... 86
REVUFORJ... 86	ropivacaine (pf)... 60	scopolamine base... 74
REXULTI... 93	rosuvastatin... 21	se-natal 19 chewable... 102
REYATAZ... 97	ROTARIX... 48	SECUADO... 93
REZLIDHIA... 86	ROTATEQ VACCINE... 48	selegiline hcl... 13
REZUROCK... 48	roweepra xr... 70	selenium sulfide... 29
RHOPHYLAC... 48	roweepra... 70	SELZENTRY... 97
RHOPRESSA... 51	ROZLYTREK... 86	sertraline... 73
RIABNI... 86	RUBRACA... 86	setlakin... 38
ribavirin... 56, 97	rufinamide... 70	sevelamer carbonate... 102
rifabutin... 76	RUKOBIA... 97	sharobel... 38
rifampin... 76	RUXIENCE... 86	SHINGRIX (PF)... 48

SIGNIFOR... 43	sodium,potassium,mag sulfates... 31	STIVARGA... 86
sildenafil (pulm.hypertension)... 112	solifenacin... 32	STRENSIQ... 113
silodosin... 32	SOLQUA 100/33... 108	streptomycin... 66
silver sulfadiazine... 29	SOLTAMOX... 86	STRIBILD... 97
SIMBRINZA... 52	SOLU-MEDROL (PF)... 41	STRIVERDI RESPIMAT... 112
simliya (28)... 38	SOLU-MEDROL... 41	subvenite starter (blue) kit... 70
simpesse... 38	SOMATULINE DEPOT... 43	subvenite starter (green) kit... 70
SIMULECT... 48	SOMAVERT... 43	subvenite starter (orange) kit... 70
simvastatin... 21	sorafenib... 86	subvenite... 70
sirolimus... 48	sorbitol-mannitol... 56	SUCRAID... 113
SIRTURO... 76	sorine... 21	sucrafate... 31
SKYCLARYS... 26	sotalol af... 21	sulfacetamide sodium (acne)... 66
SKYRIZI... 48	sotalol... 21	sulfacetamide sodium... 52, 66
SMOFLIPID... 102	SPIRIVA RESPIMAT... 112	sulfacetamide-prednisolone... 52
sodium benzoate-sod phenylacet... 56	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 112	sulfadiazine... 66
sodium bicarbonate... 102	spironolacton-hydrochlorothiaz... 21	sulfamethoxazole-trimethoprim... 67
sodium chloride 0.45 %... 103	spironolactone... 21	sulfasalazine... 24
sodium chloride 0.9 %... 103	sprintec (28)... 39	sulindac... 59
sodium chloride 3 % hypertonic... 103	SPRITAM... 70	sumatriptan succinate... 12
sodium chloride 5 % hypertonic... 103	SPRYCEL... 86	sumatriptan... 12
sodium chloride... 56, 103	SPS (WITH SORBITOL)... 103	sunitinib malate... 87
sodium oxybate... 52	sronyx... 39	SUNLENCA... 97
sodium phenylbutyrate... 113	SSD... 29	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 56
sodium phosphate... 103	stavudine... 97	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 56
sodium polystyrene sulfonate... 103	STELARA... 48, 49	syeda... 39
	STIOLTO RESPIMAT... 112	SYLVANT... 49

SYMBICORT... 112	tasimelteon... 52	TEVIMBRA... 87
SYMDEKO... 112	tazarotene... 29	THALOMID... 87
SYMFI LO... 97	taztia xt... 21	theophylline in dextrose 5 %... 112
SYMFI... 97	TAZVERIK... 87	theophylline... 112
SYMLINPEN 120... 108	TDVAX... 49	thioridazine... 93
SYMLINPEN 60... 108	TECENTRIQ HYBREZA... 87	thiotepa... 87
SYMPAZAN... 70	TECENTRIQ... 87	thiothixene... 93
SYMTUZA... 97	TECVAYLI... 87	tiadylt er... 21
SYNAREL... 43	TEFLARO... 67	tiagabine... 70
SYNJARDY XR... 109	telmisartan... 21	TIBSOVO... 87
SYNJARDY... 108	telmisartan-amlodipine... 21	TICOVAC... 49
SYNRIBO... 87	telmisartan-hydrochlorothiazid... 21	tigecycline... 67
SYNTHROID... 42	temazepam... 52	tilia fe... 39
T	TEMIXYS... 97	timolol maleate (pf)... 52
TABLOID... 87	temsirolimus... 87	timolol maleate... 21, 52
TABRECTA... 87	TENIVAC (PF)... 49	tinidazole... 67
tacrolimus... 29, 49	tenofovir disoproxil fumarate... 97	TIVDAK... 87
tadalafil (pulm. hypertension)... 112	TEPMETKO... 87	TIVICAY PD... 97
TAFINLAR... 87	terazosin... 21	TIVICAY... 97
TAGRISSO... 87	terbinafine hcl... 76	tizanidine... 11
TALVEY... 87	terconazole... 76	tobramycin in 0.225 % nacl... 67
TALZENNA... 87	teriflunomide... 26	tobramycin sulfate... 67
tamoxifen... 87	testosterone cypionate... 39	tobramycin... 52
tamsulosin... 32	testosterone enanthate... 39	tobramycin-dexamethasone... 52
tarina fe 1-20 eq (28)... 39	testosterone... 39	tolterodine... 32
tarina fe 1/20 (28)... 39	TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)... 49	topiramate... 13
tarina 24 fe... 39	tetrabenazine... 26	topotecan... 87
TASIGNA... 87		toremifene... 87

torpenz... 87	tri-lynyah... 39	trivora (28)... 39
torse mide... 21	tri-lo-estarylla... 39	TRIZIVIR... 97
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 109	tri-lo-marzia... 39	TRODELVY... 88
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 109	tri-lo-mili... 39	TROGARZO... 97
TPN ELECTROLYTES... 103	tri-lo-sprintec... 39	TROPHAMINE 10 %... 103
TRADJENTA... 109	tri-mili... 39	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 56
tramadol... 59	tri-nymyo... 39	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 56
tramadol-acetaminophen... 60	tri-sprintec (28)... 39	TRULICITY... 109
trandolapril... 21	tri-vylibra lo... 39	TRUMENBA... 49
trandolapril-verapamil... 22	tri-vylibra... 39	TRUQAP... 88
tranexamic acid... 105	triamcinolone acetonide... 26, 41	TRUSELTIQ... 88
tranylcypromine... 73	triamterene-hydrochlorothiazid... 22	TUKYSA... 88
TRAVASOL 10 %... 103	triderm... 41	tulana... 39
travoprost... 52	trientine... 103	TURALIO... 88
TRAZIMERA... 88	trifluoperazine... 93	turqoz (28)... 39
trazodone... 73	trifluridine... 52	TWINRIX (PF)... 49
TRECATOR... 76	trihexyphenidyl... 14	TYBLUME... 39
TRELEGY ELLIPTA... 112	TRIJARDY XR... 109	TYBOST... 97
TRELSTAR... 43	TRIKAFTA... 112	TYMLOS... 23
TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 109	trimethobenzamide... 74	TYPHIM VI... 49
TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 109	trimethoprim... 67	U
TRESIBA U-100 INSULIN... 109	trimipramine... 73	UBRELVY... 56
tretinoin (antineoplastic)... 88	trinatal rx 1... 103	UDENYCA AUTOINJECTOR... 105
tretinoin... 29, 30	TRINTELLIX... 73	UDENYCA ONBODY... 105
tri femynor... 39	TRISENOX... 88	UDENYCA... 105
tri-legest fe... 39	TRIUMEQ PD... 97	ULTILET ALCOHOL SWAB... 56
	TRIUMEQ... 97	UNITHROID... 42

UNITUXIN... 88	VARIZIG... 49	vincasar pfs... 88
ursodiol... 31	VASCEPA... 22	vincristine... 88
UVADEX... 30	VAXCHORA VACCINE... 49	vinorelbine... 88
V	VECTIBIX... 88	viorele (28)... 40
V-GO 20... 56	velivet triphasic regimen (28)... 39	VIRACEPT... 98
V-GO 30... 56	VELTASSA... 103	VIREAD... 98
V-GO 40... 56	VEMLIDY... 98	virt-nate dha... 103
valacyclovir... 97	VENCLEXTA STARTING PACK... 88	VISTOGARD... 88
VALCHLOR... 88	VENCLEXTA... 88	VITRAKVI... 88
valganciclovir... 97	venlafaxine... 73	VIVITROL... 24
valproate sodium... 70	VENTAVIS... 112	VIZIMPRO... 89
valproic acid (as sodium salt)... 70	VENTOLIN HFA... 112	VOCABRIA... 98
valproic acid... 70	verapamil... 22	volnea (28)... 40
valrubicin... 88	VERIPRED 20... 41	VONJO... 89
valsartan... 22	VERQUVO... 22	VORANIGO... 89
valsartan-hydrochlorothiazide... 22	VERSACLOZ... 93	voriconazole... 76
VALSTAR... 88	VERZENIO... 88	VOSEVI... 98
VALTOCO... 70	vestura (28)... 39	VOTRIENT... 89
vanadom... 109	VICTOZA 2-PAK... 109	VRAYLAR... 93
vancomycin in dextrose 5 %... 67	VICTOZA 3-PAK... 109	VUMERITY... 26
vancomycin in 0.9 % sodium chl... 67	vienva... 39	vyfemla (28)... 40
vancomycin... 67	vigabatrin... 70	vylibra... 40
vancomycin-diluent combo no.1... 67	vigadrone... 71	VYLOY... 89
VANFLYTA... 88	VIGAFYDE... 71	VYNDAQEL... 113
VAQTA (PF)... 49	vigpoder... 71	VYXEOS... 89
varenicline... 24	VIIBRYD... 73	VYZULTA... 52
VARIVAX (PF)... 49	vilazodone... 73	W
	vinblastine... 88	warfarin... 105

water for irrigation, sterile... 56	xulane... 40	ZIRABEV... 89
WEBCOL... 57	XULTOPHY 100/3.6... 109	ZIRGAN... 98
WELIREG... 89	Y	ZOKINVY... 114
wera (28)... 40	YERVOY... 89	ZOLADEX... 43
wesnata dha complete... 103	YF-VAX (PF)... 49	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 23
wesnate dha... 103	YONDELIS... 89	zoledronic acid... 23
westab plus... 103	Z	zoledronic acid-mannitol-water... 23
WINRHO SDF... 49	zafemy... 40	ZOLINZA... 89
wixela inhub... 113	zafirlukast... 113	zolpidem... 52
wymzya fe... 40	zaleplon... 52	ZONISADE... 71
X	ZALTRAP... 89	zonisamide... 71
XALKORI... 89	ZANOSAR... 89	zovia 1-35 (28)... 40
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 105	zarah... 40	ZTALMY... 71
XARELTO... 105	ZARXIO... 105	ZUBSOLV... 24
XATMEP... 49	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 109	zumandimine (28)... 40
XCOPRI MAINTENANCE PACK... 71	ZEGALOGUE SYRINGE... 109	ZURZUVAE... 73
XCOPRI TITRATION PACK... 71	ZEJULA... 89	ZYDELIG... 90
XCOPRI... 71	ZELBORAF... 89	ZYKADIA... 90
XDEMZY... 57	ZEMAIRA... 113	ZYNLONTA... 90
XGEVA... 23	zenatane... 30	ZYNYZ... 90
XIFAXAN... 32	ZENPEP... 113, 114	ZYPITAMAG... 22
XIGDUO XR... 109	ZEPZELCA... 89	ZYPREXA RELPREVV... 93
XOLAIR... 49	ZERBAXA... 67	
XOSPATA... 89	ZERVIAE... 52	
XPOVIO... 89	ZEVALIN (Y-90)... 57	
XTAMPZA ER... 60	zidovudine... 98	
XTANDI... 89	ziprasidone hcl... 93	
	ziprasidone mesylate... 93	

¡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 es 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

Formulario Aprobado

OMB# 0938-1421

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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

.....

[illegible]

.....

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



CarePlusHealthPlans.com

H1019-023, 026, 073, 145, 146

Este formulario fue actualizado en 12/02/2024. 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.