

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 24504 Versión 17

CareAccess (HMO)
CareFree (HMO)
CareFree Platinum (HMO)
CareOne Platinum (HMO)
CareOne Platinum (HMO-POS)
CareOne Plus (HMO)
CareOne Plus (HMO-POS)

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.
- Cuando un medicamento se cambia a un nivel superior de costos compartidos.

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca 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 119. El Índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Busque su medicamento en el Índice. Junto al nombre de cada medicamento, usted verá un número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles.

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

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

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

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** CarePlus requiere que usted obtenga una autorización previa para que ciertos medicamentos sean cubiertos por su plan. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de CarePlus antes de surtir sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que CarePlus no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Para algunos medicamentos, CarePlus limita la cantidad 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.
- **Excepción al nivel:** puede solicitar un nivel de cobertura superior para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitar que en vez de eso se cubra como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no se puede solicitar un nivel superior de cobertura mayor de cubierta para un medicamento si se concedió aprobación para cubrir un medicamento que no estaba en el formulario. *Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en un nivel de especialidad.*

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

Usted debe contactarnos para solicitar una decisión de cobertura inicial para una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de utilización. **Cuando usted solicita una excepción, debe presentar una declaración de su proveedor de cuidado de la salud que respalde su solicitud. Esto se conoce como una declaración de respaldo.**

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud. Puede solicitar una excepción rápida o acelerada si usted o su proveedor de cuidado de la salud piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se autoriza su solicitud de aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud.

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

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

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

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

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en el formulario, cubriremos 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 119.

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

Cómo leer el formulario

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

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

DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de 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 GC,MO	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS MO	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION GC,MO	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION GC,MO	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 23 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION MO	3	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	3	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 20 mg TABLET GC,MO	1	
baclofen 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION MO	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE MO	4	QL(6 cada 30 días)
topiramate 100 mg, 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE MO	3	
topiramate 25 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE MO	3	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION MO	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET MO	3	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET GC,MO	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	3	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET MO	4	
entacapone 200 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET GC,MO	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
RYTARY 23.75-95 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 48.75-195 MG CAPSULE, ER MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET GC,MO	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET GC,MO	2	
bumetanide 1 mg TABLET GC,MO	2	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET GC,MO	1	
carvedilol phosphate 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
chlorthalidone sodium 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET GC,MO	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET GC,MO	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER MO	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET GC,MO	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET GC,MO	1	
colestipol 1 gram TABLET MO	3	
colestipol 5 gram GRANULES MO	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	4	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET GC,MO	2	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET GC,MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET MO	3	QL(240 cada 30 días)

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

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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
ezetimibe 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET GC,MO	1	
furosemide 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
furosemide 80 mg TABLET GC,MO	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg TABLET GC,MO	1	
guanfacine 2 mg TABLET GC,MO	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET GC,MO	2	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	4	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE GC,MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET GC,MO	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	1	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET GC,MO	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION MO	4	
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET GC,MO	2	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	4	
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril 30 mg TABLET GC,MO	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET GC,MO	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	1	
mannitol 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
mannitol 25 % 25 % SOLUTION GC,MO	2	
mannitol 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET GC,MO	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET GC,MO	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
metirosine 250 mg CAPSULE DL	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET GC,MO	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	3	
nebivolol 10 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION MO	4	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

niacin 500 mg TABLET MO	3	
niacor 500 mg TABLET MO	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	3	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL	5	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. GC,MO	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	3	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
nitroglycerin in 5 % dextrose 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml) SOLUTION GC,MO	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	3	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
olmesartan 20 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hctiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 20 % 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
OSMITROL 5 % 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PACERONE 100 MG TABLET MO	4	
pacerone 200 mg TABLET GC,MO	2	
PACERONE 400 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE GC,MO	1	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET GC,MO	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE GC,MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE MO	4	PA,QL(3 cada 90 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL,LA	5	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE MO	4	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION MO	3	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	4	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
risedronate 150 mg TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

<i>risedronate 30 mg, 5 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>risedronate 35 mg TABLET</i> MO	3	QL(4 cada 28 días)
<i>risedronate 35 mg TABLET, DR/EC</i> MO	4	QL(4 cada 28 días)
<i>TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR</i> DL	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
<i>XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION</i> DL	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK</i> MO	4	QL(300 cada 21 días)
<i>zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION</i> MO	4	
<i>zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	4	QL(15 cada 21 días)
<i>zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK</i> MO	4	QL(300 cada 21 días)
<i>zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK</i> GC,MO	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
<i>balsalazide 750 mg CAPSULE</i> MO	3	
<i>budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO	4	
<i>budesonide 9 mg TABLET, DR/ER</i> DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA</i> MO	3	
<i>mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR.</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA</i> MO	4	QL(1800 cada 30 días)
<i>sulfasalazine 500 mg TABLET</i> GC,MO	1	
<i>sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC</i> GC,MO	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
<i>acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC</i> MO	4	
<i>buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET</i> GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM</i> GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
<i>buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM</i> GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
<i>bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR.</i> MO	3	QL(90 cada 30 días)
<i>disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET</i> GC,MO	2	
<i>nalmefene 1 mg/ml SOLUTION</i> GC,MO	1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION</i> GC,MO	1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE</i> GC,MO	1	
<i>naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO	3	QL(2 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

naltrexone 50 mg TABLET GC,MO	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL	5	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	5	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT DL	5	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER MO	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER MO	3	QL(90 cada 30 días)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE MO	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	3	
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(55 cada 28 días)
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
cevimeline 30 mg CAPSULE MO	4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
kourzeq 0.1 % PASTE MO	3	
oralone 0.1 % PASTE MO	3	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH GC,MO	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE MO	4	PA
adapalene 0.3 % GEL MO	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM GC,MO	2	
ammonium lactate 12 % LOTION GC,MO	2	
amnestem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
amnestem 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
azelaic acid 15 % GEL MO	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Periodo sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB GC,MO	2	
clobetasol 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION MO	4	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION GC,MO	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL MO	3	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB MO	3	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION MO	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT MO	4	QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL MO	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION MO	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide-emollient 0.05 % CREAM MO	4	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM MO	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR GC,MO	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT GC,MO	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION GC,MO	2	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL DL	5	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET MO	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO MO	4	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM MO	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	4	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL MO	4	
mometasone 0.1 % CREAM GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)- 20 MG (51) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM MO	3	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	4	QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM GC,MO	2	
SSD 1 % CREAM GC,MO	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL MO	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	3	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	4	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET GC,MO	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Periodo sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	3	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION MO	3	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE GC,MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
dicyclomine 20 mg TABLET GC,MO	2	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT DL,LA	5	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION GC,MO	2	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION GC,MO	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE GC,MO	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
misoprostol 100 mcg TABLET MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

misoprostol 200 mcg TABLET MO	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
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	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK MO	4	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC MO	3	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION MO	3	
sucralfate 1 gram TABLET GC,MO	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION MO	4	
ursodiol 250 mg TABLET MO	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE MO	4	
ursodiol 500 mg TABLET MO	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET MO	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	3	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	4	QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET GC,MO	2	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP GC,MO	2	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE GC,MO	2	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	4	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
drosiprenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	4	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
ELLA 30 MG TABLET MO	3	QL(1 cada 30 días)
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
emzahn 0.35 mg TABLET MO	4	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT MO	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
errin 0.35 mg TABLET MO	4	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY GC,MO	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET GC,MO	1	
estradiol 10 mcg TABLET MO	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING MO	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
gallifrey 5 mg TABLET MO	3	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	4	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET MO	4	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	4	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	4	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	4	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
l norgest/e.estradiol-e.estradiol 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET MO	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	4	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	4	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET GC,MO	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	4	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	4	
mono-lynh 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	4	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	4	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	4	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	4	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4) CHEWABLE TABLET MO	4	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	4	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	4	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	3	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	3	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	3	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	3	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/ 0.15 MG-25 MCG TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
raloxifene 60 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	4	
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	4	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	4	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	4	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	3	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL GC,MO	2	QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	4	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	4	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	4	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	4	
tulana 0.35 mg TABLET MO	4	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	4	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET MO	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	4	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	4	
vienna 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	4	
violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	4	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Periodo sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	4	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	4	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	4	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	4	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION MO	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET MO	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET MO	4	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE DL	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION MO	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET GC,MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR GC,MO	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS GC,MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET GC,MO	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET GC,MO	2	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET GC,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 GC,MO	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
cabergoline 0.5 mg TABLET MO	4	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE MO	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE MO	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO	4	PA
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT MO	4	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO	4	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG KIT DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	4	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION MO	3	PA
octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	PA
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT MO	4	PA,QL(1 cada 28 días)
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)		
ISTURISA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ISTURISA 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ISTURISA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET DL	5	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET GC,MO	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL,GC	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL,GC	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • 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,GC	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
azathioprine 50 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • 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	5	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL,GC	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	4	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	4	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET</i> MO	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET</i> DL	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION DL	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
<i>gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

gengraf 100 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL,GC	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML - 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION AV,DL,GC	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL,GC	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL,GC	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	4	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION AV,DL,GC	1	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION AV,DL,GC	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL,GC	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL,GC	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT AV,DL,GC	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL,GC	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET GC,MO	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE GC,MO	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	4	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL,GC	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT AV,DL,GC	1	
PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL,GC	1	
PREHEVBRIQ (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL,GC	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL,GC	1	
RABAVER (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE MO	4	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL,GC	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL,GC	1	
<i>sajazir</i> 30 mg/3 ml SYRINGE DL	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	5	BvsD
<i>sirolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	4	BvsD
<i>sirolimus</i> 1 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(6 cada 365 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION AV,DL,GC	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL,GC	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE DL,GC	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION AV,DL,GC	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE AV,DL,GC	1	
VARIIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 30 días)
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,GC,MO	1	
WINRHOD 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML SOLUTION DL	5	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION AV,DL,GC	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
<i>ak-poly-bac</i> 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
ALCAINE 0.5 % DROPS GC,MO	2	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	3	
<i>apraclonidine</i> 0.5 % DROPS MO	3	
<i>atropine</i> 1 % DROPS GC,MO	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE GC,MO	2	
<i>azelastine</i> 0.05 % DROPS GC,MO	2	
<i>bacitracin</i> 500 unit/gram OINTMENT MO	3	
<i>bacitracin-polymyxin b</i> 500-10,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION MO	4	
<i>betaxolol</i> 0.5 % DROPS GC,MO	2	
<i>brimonidine</i> 0.15 % DROPS MO	3	
<i>brimonidine</i> 0.2 % DROPS GC,MO	1	
<i>carteolol</i> 1 % DROPS GC,MO	1	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT MO	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> 0.3 % DROPS GC,MO	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	3	QL(5 cada 25 días)
<i>cromolyn</i> 4 % DROPS GC,MO	1	
<i>cyclopentolate</i> 0.5 %, 1 %, 2 % DROPS MO	4	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> 0.1 % DROPS GC,MO	2	
<i>diclofenac sodium</i> 0.1 % DROPS GC,MO	2	
<i>dorzolamide</i> 2 % DROPS GC,MO	1	
<i>dorzolamide-timolol</i> 22.3-6.8 mg/ml DROPS GC,MO	1	
<i>erythromycin</i> 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT GC,MO	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	3	QL(16.6 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE MO	3	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetic acid 0.25 % SOLUTION GC,MO	2	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	4	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN GC,MO	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,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,GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE PDS,GC,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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE</i> DL	4	QL(360 cada 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE</i> MO	3	QL(180 cada 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET</i> GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
<i>caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> GC,MO	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE GC,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 • GC – Periodo sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE GC,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,GC,MO	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE PDS,GC,MO	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE PDS,GC,MO	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED GC,MO	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION MO	4	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE GC,MO	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE PDS,GC,MO	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED GC,MO	1	
KORLYM 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lactated ringers SOLUTION GC,MO	1	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	3	QL(40 cada 5 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LITHOSTAT 250 MG TABLET MO	4	
<i>mifepristone 300 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN GC,MO	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE MO	3	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK \$0,MO	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK \$0,MO	3	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,GC,MO	1	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION GC,MO	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
<i>protamine 10 mg/ml SOLUTION</i> GC,MO	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>ribavirin 6 gram RECON SOLUTION</i> DL	5	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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

ringer's SOLUTION GC,MO	1	
sodium benzoate-sod phenylacet 10-10 % SOLUTION DL	5	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION GC,MO	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION GC,MO	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED GC,MO	1	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET MO	3	PA,QL(16 cada 30 días)
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED GC,MO	1	
V-GO 20 DEVICE MO	3	
V-GO 30 DEVICE MO	3	
V-GO 40 DEVICE MO	3	
water for irrigation, sterile SOLUTION GC,MO	2	
WEBCOL PADS, MEDICATED GC,MO	1	
XDEMZY 0.25 % DROPS MO	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	5	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	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG FILM DL	4	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY DL	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3 % PATCH, 12 HR. MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac sodium 1 % GEL MO	3	QL(1000 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

ibuprofen 400 mg TABLET GC,MO	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET GC,MO	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER GC,MO	2	
ketorolac 10 mg TABLET GC,MO	2	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION DL	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER DL	3	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER DL	3	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	1	
naproxen 500 mg TABLET GC,MO	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET MO	3	
naproxen sodium 375 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sodium 500 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

naproxen sodium 750 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE DL	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	4	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET GC,MO	1	
tramadol 100 mg TABLET DL	4	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. DL	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET DL,GC	2	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET DL,GC	2	QL(240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. DL	3	QL(60 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION GC,MO	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	4	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY MO	3	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR GC,MO	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION GC,MO	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION GC,MO	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION GC,MO	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION MO	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET DL,GC	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL,GC	2	QL(150 cada 30 días)
alprazolam intensol 1 mg/ml CONCENTRATE DL	4	
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	
buspirone 30 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	3	
clonazepam 2 mg TABLET DL	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	4	
diazepam 10 mg TABLET DL	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	3	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL,GC	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL,GC	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	3	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION GC,MO	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
amoxicillin 500 mg TABLET GC,MO	1	
amoxicillin 875 mg TABLET GC,MO	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET GC,MO	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET GC,MO	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
AUGMENTIN 500-125 MG TABLET MO	4	PA
azithromycin 1 gram PACKET MO	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
azithromycin 250 mg TABLET GC,MO	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET GC,MO	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION GC,MO	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cefactor 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION GC,MO	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK MO	3	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	4	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	3	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	4	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION GC,MO	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

cephalexin 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION GC,MO	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET MO	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET GC,MO	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	
clarithromycin 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY MO	4	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION MO	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK MO	4	
demeclocycline 150 mg TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE GC,MO	2	
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET GC,MO	2	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	3	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	3	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION GC,MO	1	
gentamicin sulfate (pf) 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml SOLUTION GC,MO	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE DL	5	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin 500 mg TABLET GC,MO	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

paromomycin 250 mg CAPSULE MO	4	
penicillin g pot in dextrose 1 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	3	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK MO	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION MO	3	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION GC,MO	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	4	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT GC,MO	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION MO	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET GC,MO	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET GC,MO	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	3	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
trimethoprim 100 mg TABLET GC,MO	2	
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	4	

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

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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

vancomycin 125 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK MO	4	
vancomycin in dextrose 5 % 500 mg/100 ml PIGGYBACK DL	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.5 gram/300 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK DL	4	
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	4	
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION DL	5	
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	4	
carbamazepine 200 mg TABLET GC,MO	2	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	QL(225 cada 30 días)
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC GC,MO	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
epitol 200 mg TABLET GC,MO	2	
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	4	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE GC,MO	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET GC,MO	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET GC,MO	1	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE GC,MO	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET GC,MO	2	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	3	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION GC,MO	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE MO	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE GC,MO	2	
primidone 125 mg, 250 mg TABLET GC,MO	2	
primidone 50 mg TABLET GC,MO	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET MO	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO	4	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET GC,MO	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK GC,MO	2	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE GC,MO	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION GC,MO	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de la utilización? Por favor 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	4	
sertraline 100 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET MO	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET GC,MO	1	
trazodone 300 mg TABLET GC,MO	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET GC,MO	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
VIIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY MO	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION MO	4	
granisetron (pf) 100 mcg/ml SOLUTION GC,MO	2	
granisetron hcl 1 mg TABLET GC,MO	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION GC,MO	2	
meclizine 12.5 mg TABLET GC,MO	2	
meclizine 25 mg TABLET GC,MO	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

clotrimazole 10 mg TROCHE GC,MO	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	3	QL(90 cada 28 días)
econazole 1 % CREAM MO	4	PA,QL(85 cada 30 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
fluconazole 150 mg TABLET GC,MO	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
miconazole 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION DL	5	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	5	
miconazole in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK DL	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	3	
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON DL	5	PA,QL(32 cada 30 días)
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM GC,MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT GC,MO	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION GC,MO	2	
nystatin 500,000 unit TABLET GC,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT MO	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER MO	4	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	5	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION DL	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET GC,MO	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM GC,MO	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	3	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION MO	4	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET MO	3	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(400 cada 30 días)
ANTIMICOBACTERIANOS		
cycloserine 250 mg CAPSULE DL	5	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET MO	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET GC,MO	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION MO	3	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET MO	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET MO	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET MO	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE MO	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION MO	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET DL	5	PA
TRECTOR 250 MG TABLET MO	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	3	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>anastrozole 1 mg TABLET</i> GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	5	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	5	
<i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
BELRAPZO 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
<i>bendamustine 25 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	4	
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> MO	3	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL</i>	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION MO</i>	4	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	4	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO</i>	2	
<i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	
<i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO</i>	4	
<i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL</i>	5	BvsD
<i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL</i>	5	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	5	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	5	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
<i>cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	5	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	1	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL	5	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO	4	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	3	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	5	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	5	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	4	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	4	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE	5	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	5	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	5	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE GC,MO	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	5	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	3	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	3	
imatinib 100 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(4 cada 365 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION</i> MO	4	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	5	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	5	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>lapatinib</i> 250 mg TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide</i> 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>letrozole</i> 2.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
<i>leucovorin calcium</i> 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	5	
<i>levoleucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION MO	4	PA
<i>levoleucovorin calcium</i> 50 mg RECON SOLUTION MO	4	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION MO	4	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>melphalan 2 mg TABLET MO</i>	4	BvsD
<i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION GC,MO</i>	1	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET MO</i>	3	
MESNEX 400 MG TABLET MO	3	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL</i>	5	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO</i>	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	5	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	5	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL</i>	5	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET DL</i>	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION DL	5	
NUBEQA 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	5	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 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	5	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	5	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	4	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	4	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	3	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	5	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
pazopanib 200 mg TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	5	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL	5	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	5	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET DL	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> DL	5	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	5	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SCSEMBLIX 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	5	
<i>sorafenib 200 mg TABLET</i> DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
<i>sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE</i> DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	3	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET</i> GC,MO	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
<i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION</i> DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	5	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION GC,MO	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	5	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	4	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	3	
toremifene 60 mg TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	5	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE DL	5	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE DL	5	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(42 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	3	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET DL	5	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VYLOY 100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 150 MG PELLET DL	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	5	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	4	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	5	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
<i>albendazole 200 mg TABLET MO</i>	4	
<i>atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO</i>	4	
<i>chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO</i>	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	4	QL(24 cada 30 días)
<i>hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO</i>	2	
<i>hydroxychloroquine 200 mg TABLET GC,MO</i>	2	
<i>ivermectin 3 mg TABLET MO</i>	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	3	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	4	
<i>mefloquine 250 mg TABLET GC,MO</i>	2	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	4	BvsD
<i>nitazoxanide 500 mg TABLET DL</i>	5	
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	4	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO</i>	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	4	
praziquantel 600 mg TABLET MO	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET MO	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET DL	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
clozapine 100 mg TABLET MO	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(135 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
clozapine 25 mg TABLET MO	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	3	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION MO	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE GC,MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE GC,MO	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE GC,MO	2	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

molindone 10 mg TABLET MO	4	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	4	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET MO	4	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	3	QL(60 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	3	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	5	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
quetiapine 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	4	ST,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

risperidone 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE GC,MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	4	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE GC,MO	1	
acyclovir 400 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	4	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET GC,MO	1	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION GC,MO	2	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	4	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER DL	5	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(630 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	5	QL(50 cada 365 días)
<i>cidofovir 75 mg/ml SOLUTION</i> DL	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>darunavir 600 mg TABLET</i> DL	5	QL(60 cada 30 días)
<i>darunavir 800 mg TABLET</i> DL	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz 200 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(120 cada 30 días)
<i>efavirenz 50 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(480 cada 30 días)
<i>efavirenz 600 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET</i> DL	3	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET</i> DL	5	QL(30 cada 30 días)
<i>emtricitabine 200 mg CAPSULE</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(680 cada 28 días)
<i>entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> MO	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	4	
<i>etravirine 100 mg TABLET</i> DL	5	QL(120 cada 30 días)
<i>etravirine 200 mg TABLET</i> DL	5	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET GC,MO	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	3	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	4	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	4	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	4	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	4	
maraviroc 150 mg TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET GC,MO	2	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	4	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION MO	4	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	4	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	5	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET MO	3	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET MO	3	
ritonavir 100 mg TABLET GC,MO	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	4	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET GC,MO</i>	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	5	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	5	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	5	
TYBOST 150 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
<i>valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO</i>	3	
<i>valganciclovir 450 mg TABLET MO</i>	3	QL(120 cada 30 días)
<i>valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL</i>	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	5	PA,QL(28 cada 28 días)
<i>zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO</i>	3	QL(1680 cada 28 días)
<i>zidovudine 100 mg CAPSULE MO</i>	4	QL(180 cada 30 días)
<i>zidovudine 300 mg TABLET GC,MO</i>	2	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	4	QL(5 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE GC,MO	2	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET GC,MO	2	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION GC,MO	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE GC,MO	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION GC,MO	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET MO	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET MO	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE GC,MO	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK GC,MO	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE GC,MO	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION GC,MO	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	4	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	4	
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ TABLET ER MO	4	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO	4	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION MO	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER GC,MO	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
levocarnitine 330 mg TABLET GC,MO	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	3	
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION GC,MO	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE GC,MO	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK GC,MO	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	4	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
penicillamine 250 mg TABLET DL	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER GC,MO	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS GC,MO	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER GC,MO	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION GC,MO	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID MO	4	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID MO	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER GC,MO	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK GC,MO	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	4	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	4	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	4	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	4	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	4	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	4	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	4	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	4	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK GC,MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

sodium chloride 0.9 % SOLUTION GC,MO	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION GC,MO	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION GC,MO	1	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE DL	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	4	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	4	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	3	QL(30 cada 30 días)
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	4	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	4	
PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES		
aminocaproic acid 1,000 mg TABLET DL	5	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION MO	4	
aminocaproic acid 500 mg TABLET MO	4	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	3	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	4	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	4	
clopidogrel 75 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	4	QL(60 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	5	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	4	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET GC,MO	1	
warfarin 5 mg TABLET GC,MO	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET GC,MO	2	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML AUTO-INJECTOR MO	4	QL(3.4 cada 28 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION MO	4	
FARXIGA 10 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 5 MG TABLET MO	4	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE CI,MO	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
glimepiride 1 mg TABLET GC,MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • 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,GC,MO	2	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,GC,MO	2	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION CI,DL	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,DL	5	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN, SENSOR CI,MO	3	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10. ¿Necesita más información sobre los requisitos de control de 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET GC,MO	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. GC,MO	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET GC,MO	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,GC,MO	2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION CI,GC,MO	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION CI,GC,MO	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION CI,GC,MO	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN CI,MO	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE CI,MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET MO	3	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN CI,MO	3	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.8 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	5	QL(10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION CI,GC,MO	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	3	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	3	QL(9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	4	QL(30 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN CI,MO	3	QL(15 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET GC,MO	2	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET GC,MO	2	
vanadom 350 mg TABLET MO	4	QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP GC,MO	1	
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION GC,MO	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	4	QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(30 cada 25 días)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER MO	4	QL(10.7 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION GC,MO	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	4	QL(4 cada 20 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	3	BvsD
cyproheptadine 4 mg TABLET MO	4	
desloratadine 5 mg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	3	QL(4 cada 30 días)
epoprostenol (glycine) 0.5 mg, 1.5 mg RECON SOLUTION DL	5	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION GC,MO	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	3	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE MO	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION GC,MO	2	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL GC,MO	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION GC,MO	2	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET GC,MO	1	QL(30 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL,LA	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	5	PA,QL(112 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(30.6 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	4	
theophylline in dextrose 5 % 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 800 mg/250 ml PARENTERAL SOLUTION MO	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	3	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET MO	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER DL	5	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	5	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	3	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	5	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	5	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	5	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL	5	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	5	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	5	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	5	
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL	5	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	4	
ZENPEP 25,000-79,000- 105,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	4	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	PA,QL(120 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

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

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

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 • GC – Período sin cobertura • ST - Terapia por fases

Índice

A

abacavir... 96	ADEMPAS... 113	altavera (28)... 33
abacavir-lamivudine... 96	adenosine... 14	ALUNBRIG... 79
ABELCET... 76	ADRIAMYCIN... 78	alyacen 1/35 (28)... 33
ABILIFY ASIMTUFI... 93	ADSTILADRIN... 54	alyacen 7/7/7 (28)... 33
ABILIFY MAINTENA... 93	ADVAIR HFA... 113	alyq... 113
abiraterone... 78	afirmelle... 33	amabelz... 33
ABRYSVO (PF)... 44	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 12	amantadine hcl... 13
acamprosate... 24	ak-poly-bac... 51	AMBISOME... 76
acarbose... 108	AKEEGA... 79	ambrisentan... 113
accutane... 27	albendazole... 92	amethia... 33
acebutolol... 14	albuterol sulfate... 113	amethyst (28)... 33
acetaminophen-codeine... 58	ALCAINE... 51	amikacin... 63
acetazolamide sodium... 14	ALCOHOL PADS... 54	amiloride... 14
acetazolamide... 14	ALCOHOL PREP PADS... 54	amiloride-hydrochlorothiazide... 14
acetic acid... 54, 63	ALCOHOL SWABS... 54	aminocaproic acid... 106
acetylcysteine... 54, 113	ALCOHOL WIPES... 54	aminophylline... 113
acitretin... 27	ALECENSA... 79	AMINOSYN II 10 %... 101
ACTHIB (PF)... 44	alendronate... 23	AMINOSYN II 15 %... 101
ACTIMMUNE... 44	alfuzosin... 32	AMINOSYN II 7 %... 101
acyclovir sodium... 96	ALIQOPA... 79	AMINOSYN II 8.5 %... 101
acyclovir... 96	aliskiren... 14	AMINOSYN II 8.5
ADACEL(TDAP	allopurinol... 12	%-ELECTROLYTES... 101
ADOLESN/ADULT)(PF)... 45	alosetron... 30	AMINOSYN M 3.5 %... 101
adapalene... 27	ALPHAGAN P... 51	AMINOSYN 10 %... 101
ADCETRIS... 78	alprazolam intensol... 62	AMINOSYN 7 % WITH
adefovir... 96	alprazolam... 62	ELECTROLYTES... 101
		AMINOSYN 8.5 %... 101

AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 101	APREUDE... 96	ATROVENT HFA... 113
AMINOSYN-PF 10 %... 101	apri... 33	aubra eq... 33
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 101	APTIOM... 69	aubra... 33
AMINOSYN-RF 5.2 %... 101	APTIVUS... 96	AUGMENTIN... 63
amiodarone... 14	aranella (28)... 33	AUGTYRO... 79
amitriptyline... 73	ARCALYST... 45	aurovela fe 1.5/30 (28)... 34
amlodipine... 14	AREXVY (PF)... 45	aurovela fe 1-20 (28)... 34
amlodipine-atorvastatin... 14	arformoterol... 113	aurovela 1.5/30 (21)... 33
amlodipine-benazepril... 14	aripiprazole... 93	aurovela 1/20 (21)... 34
amlodipine-olmesartan... 14	ARISTADA INITIO... 93	aurovela 24 fe... 34
amlodipine-valsartan... 14	ARISTADA... 93	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)... 25
ammonium lactate... 27	ARMOUR THYROID... 42	AUSTEDO XR... 25
amnestem... 27	ARNUITY ELLIPTA... 113	AUSTEDO... 25
amoxapine... 73	ARRANON... 79	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 54
amoxicillin... 63	arsenic trioxide... 79	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 54
amoxicillin-pot clavulanate... 63	asenapine maleate... 93	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 54
amphotericin b liposome... 76	ashlyna... 33	AUVELITY... 73
amphotericin b... 76	ASPARLAS... 79	AUVI-Q... 113
ampicillin sodium... 63	aspirin-dipyridamole... 106	aviane... 34
ampicillin... 63	atazanavir... 96	ayuna... 34
ampicillin-sulbactam... 63	atenolol... 14	AYVAKIT... 79
anagrelide... 106	atenolol-chlorthalidone... 15	azacitidine... 79
anastrozole... 79	atomoxetine... 25	azathioprine... 45
ANKTIVA... 79	atorvastatin... 15	azelaic acid... 27
apraclonidine... 51	atovaquone... 92	azelastine... 51, 113
aprepitant... 75	atovaquone-proguanil... 92	azithromycin... 63
	ATROPINE SULFATE (PF)... 51	
	atropine... 51	

aztreonam... 63	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 55	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 51
azurette (28)... 34		betaine... 116
B		
bacitracin... 51, 63	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 55	betamethasone acet,sod phos... 41
bacitracin-polymyxin b... 51	BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 55	betamethasone dipropionate... 27, 28
baclofen... 11	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 55	betamethasone valerate... 28
bal-care dha... 101	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 55	betamethasone, augmented... 28
balsalazide... 24	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 55	BETASERON... 25
BALVERSA... 79	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 55	betaxolol... 51
balziva (28)... 34	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 55	bethanechol chloride... 32
BAND-AID GAUZE PADS... 54	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 55	BEVESPI AEROSPHERE... 113
BAQSIMI... 108	BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 55	bexarotene... 79
BARACLUDE... 96	BELBUCA... 58	BEXSERO... 45
BAVENCIO... 79	BELEODAQ... 79	bicalutamide... 79
BCG VACCINE, LIVE (PF)... 45	BELRAPZO... 79	BICILLIN C-R... 63
BD ALCOHOL SWABS... 54	BELSOMRA... 53, 54	BICILLIN L-A... 63
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 54	benazepril... 15	BICNU... 79
BD ECLIPSE LUER-LOK... 54	benazepril-hydrochlorothiazide... 15	BIKTARVY... 97
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 54	bendamustine... 79	bismuth subcit k-metronidz-tcn... 30
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 55	BENDEKA... 79	bisoprolol fumarate... 15
BD INSULIN SYRINGE U-500... 55	BENLYSTA... 45	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 15
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 55	benztropine... 13	bleomycin... 79
BD INSULIN SYRINGE... 54	BESPONSA... 79	blisovi fe 1.5/30 (28)... 34
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 55	BESREMI... 45	blisovi fe 1/20 (28)... 34
		blisovi 24 fe... 34
		BOOSTRIX TDAP... 45
		BORDERED GAUZE... 55

BORTEZOMIB... 80	CABENUVA... 97	carbidopa-levodopa-entacapone... 13
BOSULIF... 80	cabergoline... 43	carboplatin... 80
BRAFTOVI... 80	CABLIVI... 106	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 55
BREO ELLIPTA... 113	CABOMETYX... 80	carglumic acid... 101
BREZTRI AEROSPHERE... 113	caffeine citrate... 55	carisoprodol... 112
brillyn... 34	calcipotriene... 28	carmustine... 80
BRILINTA... 106	calcitonin (salmon)... 23	carteolol... 51
brimonidine... 51	calcitriol... 23	cartia xt... 15
BRIVIACT... 69	calcium acetate(phosphat bind)... 101	carvedilol phosphate... 15
bromocriptine... 13	calcium chloride... 101	carvedilol... 15
BRUKINSA... 80	calcium gluconate... 101	caspofungin... 76
budesonide... 24, 113	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)... 80	CAYSTON... 113
bumetanide... 15	CALQUENCE... 80	caziant (28)... 34
bupivacaine (pf)... 61	camila... 34	cefaclor... 64
bupivacaine hcl... 61	camrese lo... 34	cefadroxil... 64
buprenorphine hcl... 24	camrese... 34	cefazolin in dextrose (iso-os)... 64
buprenorphine... 58	CAMZYOS... 15	cefazolin... 64
buprenorphine-naloxone... 24	candesartan... 15	cefdinir... 64
bupropion hcl (smoking deter)... 24	candesartan-hydrochlorothiazid... 15	cefepime in dextrose 5 %... 64
bupropion hcl... 73	CAPLYTA... 93	cefepime in dextrose,iso-osm... 64
buspirone... 62	CAPRELSA... 80	cefepime... 64
busulfan... 80	captopril... 15	cefixime... 64
BUSULFEX... 80	captopril-hydrochlorothiazide... 15	cefotaxime... 64
butalbital-acetaminop-caf-cod... 55	carbamazepine... 69	cefotetan... 64
butalbital-acetaminophen-caff... 55	carbidopa-levodopa... 13	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 64
BYDUREON BCISE... 108		cefoxitin... 64
C		
c-nate dha... 101		

cefepodoxime... 64	cholestyramine-aspartame... 16	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 102
cefprozil... 64	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 41	CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE... 102
ceftazidime in d5w... 64	ciclodan... 76	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 102
ceftazidime... 64	ciclopirox... 76	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 102
ceftriaxone in dextrose,iso-os... 64	cidofovir... 97	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 102
ceftriaxone... 64	cilostazol... 106	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 102
cefuroxime axetil... 64	CILOXAN... 51	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 102
cefuroxime sodium... 64	CIMDUO... 97	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 101
celecoxib... 58	cimetidine hcl... 30	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 101
CELLCEPT INTRAVENOUS... 45	cimetidine... 30	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 101
cephalexin... 64, 65	cinacalcet... 23	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 101
CERDELGA... 116	ciprofloxacin hcl... 51, 65	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 101
CEREZYME... 116	ciprofloxacin in 5 % dextrose... 65	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 101
cetirizine... 113	cisplatin... 80	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 101
cevimeline... 27	citalopram... 73	CLINISOL SF 15 %... 102
charlotte 24 fe... 34	cladribine... 80	CLINOLIPID... 102
chateal (28)... 34	claravis... 28	clobazam... 69
chateal eq (28)... 34	clarithromycin... 65	clobetasol... 28
CHEMET... 101	CLENPIQ... 31	
chloramphenicol sod succinate... 65	CLEOCIN... 65	
chlorhexidine gluconate... 27	clindamycin hcl... 65	
chloroquine phosphate... 92	clindamycin in 0.9 % sod chlor... 65	
chlorothiazide sodium... 15	clindamycin in 5 % dextrose... 65	
chlorpromazine... 93	clindamycin palmitate hcl... 65	
chlorthalidone... 15	clindamycin pediatric... 65	
CHOLBAM... 116	clindamycin phosphate... 28, 65	
cholestyramine (with sugar)... 15		
cholestyramine light... 15		

clobetasol-emollient... 28	COPIKTRA... 80	CYLTEZO(CF)... 45
clofarabine... 80	CORLANOR... 16	cyproheptadine... 114
CLOLAR... 80	CORLOPAM... 16	CYRAMZA... 81
clomipramine... 73	COSENTYX (2 SYRINGES)... 45	cyred eq... 34
clonazepam... 62	COSENTYX PEN (2 PENS)... 45	cyred... 34
clonidine hcl... 16	COSENTYX PEN... 45	CYSTAGON... 116
clonidine... 16	COSENTYX UNOREADY PEN... 45	CYSTARAN... 51
clopidogrel... 106	COSENTYX... 45	cytarabine (pf)... 81
clorazepate dipotassium... 62	COSMEGEN... 80	cytarabine... 81
clotrimazole... 76, 77	COTELLIC... 80	D
clotrimazole-betamethasone... 77	CREON... 116	dabigatran etexilate... 106
clozapine... 93, 94	cromolyn... 51, 114	dacarbazine... 81
COARTEM... 92	cryselle (28)... 34	dactinomycin... 81
COBENFY STARTER PACK... 55	CRYSVITA... 116	dalfampridine... 25
COBENFY... 55	CURITY ALCOHOL SWABS... 55	danazol... 34
colchicine... 12	CURITY GAUZE... 55	dantrolene... 12
colestipol... 16	cyanocobalamin (vitamin b-12)... 118	DANYELZA... 81
colistin (colistimethate na)... 65	cyclobenzaprine... 112	dapsone... 78
COLUMVI... 80	cyclopentolate... 51	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 46
COMBIGAN... 51	cyclophosphamide... 80, 81	daptomycin in 0.9 % sod chlor... 65
COMBIPATCH... 34	cycloserine... 78	daptomycin... 65
COMBIVENT RESPIMAT... 113	cyclosporine modified... 45	darifenacin... 32
COMETRIQ... 80	cyclosporine... 45	darunavir... 97
COMPLERA... 97	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS... 45	DARZALEX FASPRO... 81
complete natal dha... 102	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV... 46	DARZALEX... 81
compro... 75	CYLTEZO(CF) PEN... 45	dasatinib... 81
constulose... 31		dasetta 1/35 (28)... 34
COPAXONE... 25		

dasetta 7/7/7 (28)... 34	dextroamphetamine sulfate... 25, 26	diclofenac-misoprostol... 59
daunorubicin... 81	dextroamphetamine-amphetamine... 26	dicloxacillin... 65
DAURISMO... 81	dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 102	dicyclomine... 31
daysee... 34	dextrose 10 % in water (d10w)... 102	didanosine... 97
deblitane... 34	dextrose 20 % in water (d20w)... 102	DIFICID... 65
decitabine... 81	dextrose 25 % in water (d25w)... 102	digitek... 16
deferasirox... 102	dextrose 30 % in water (d30w)... 102	digox... 16
DELSTRIGO... 97	dextrose 40 % in water (d40w)... 102	digoxin... 16
demeclocycline... 65	dextrose 5 % in water (d5w)... 102	dihydroergotamine... 12
DENGVAXIA (PF)... 46	dextrose 5 %-lactated ringers... 102	DILANTIN INFATABS... 70
DEPO-ESTRADIOL... 34	dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 102	DILANTIN-125... 70
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 35	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 102	dilt-xr... 16
DERMACEA... 56	dextrose 50 % in water (d50w)... 102	diltiazem hcl... 16
DESCOVY... 97	dextrose 70 % in water (d70w)... 102	dimethyl fumarate... 26
desipramine... 73	DIACOMIT... 69	diphenhydramine hcl... 114
desloratadine... 114	diazepam intensol... 62	diphenoxylate-atropine... 31
desmopressin... 41	diazepam... 62, 69	dipyridamole... 106
desog-e.estradiol/e.estradiol... 35	diazoxide... 108	disulfiram... 24
desogestrel-ethinyl estradiol... 35	diclofenac epolamine... 58	DIURIL... 16
desvenlafaxine succinate... 73	diclofenac sodium... 28, 51, 58, 59	divalproex... 70
dexamethasone intensol... 41		DOCEFREZ... 81
dexamethasone sodium phos (pf)... 41		docetaxel... 81
dexamethasone sodium phosphate... 41, 51		dodex... 118
dexamethasone... 41		dofetilide... 16
dexmethylphenidate... 25		dolishale... 35
dextrazoxane hcl... 81		donepezil... 11
		dorzolamide... 51
		dorzolamide-timolol... 51

dotti... 35	dutasteride-tamsulosin... 32	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 107
DOVATO... 97	d10 %-0.45 % sodium chloride... 102	ELIQUIS... 107
doxazosin... 16	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 102	ELLA... 35
doxepin... 62	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 102	ELMIRON... 32
doxercalciferol... 23	d5 %-0.45 % sodium chloride... 102	ELREXFIO... 81
doxorubicin... 81		eluryng... 35
doxorubicin, peg-liposomal... 81		ELZONRIS... 81
doxy-100... 66	E	EMCYT... 81
doxycycline hyclate... 66	EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 56	EMGALITY PEN... 12
doxycycline monohydrate... 66	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 56	EMGALITY SYRINGE... 12
DRIZALMA SPRINKLE... 73	ec-naproxen... 59	EMPLICITI... 82
dronabinol... 75	econazole... 77	EMSAM... 73
droperidol... 94	EDURANT... 97	emtricitabine... 97
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 56	efavirenz... 97	emtricitabine-tenofovir (tdf)... 97
DROPLET INSULIN SYRINGE... 56	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 97	EMTRIVA... 97
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 56	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 97	emzahh... 35
DROPLET PEN NEEDLE... 56	EGRIFTA SV... 41	enalapril maleate... 16
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS... 56	electrolyte-a... 103	enalapril-hydrochlorothiazide... 16
DROPSAFE PEN NEEDLE... 56	electrolyte-148... 103	enalaprilat... 16
drospirenone-ethinyl estradiol... 35	electrolyte-48 in d5w... 103	ENBREL MINI... 46
DROXIA... 56	ELELYSO... 116	ENBREL SURECLICK... 46
DUAVEE... 35	ELIGARD (3 MONTH)... 43	ENBREL... 46
duloxetine... 73	ELIGARD (4 MONTH)... 43	endocet... 59
DUPIXENT PEN... 46	ELIGARD (6 MONTH)... 43	ENDOMETRIN... 35
DUPIXENT SYRINGE... 46	ELIGARD... 43	ENGERIX-B (PF)... 46
dutasteride... 32	elinest... 35	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 46
		ENHERTU... 82

enilloring... 35	ertapenem... 66	EVOTAZ... 98
enoxaparin... 107	ery pads... 28	exemestane... 82
enpresse... 35	ERYTHROCIN... 66	EXKIVITY... 82
enskyce... 35	erythromycin lactobionate... 66	EYSUVIS... 51
ENSTILAR... 28	erythromycin with ethanol... 28	ezetimibe... 17
entacapone... 13	erythromycin... 51, 66	ezetimibe-simvastatin... 17
entecavir... 97	escitalopram oxalate... 74	F
ENTRESTO SPRINKLE... 16	esomeprazole magnesium... 31	falmina (28)... 35
ENTRESTO... 16	estradiol valerate... 35	famciclovir... 98
enulose... 31	estradiol... 35	famotidine (pf)... 31
ENVARUSUS XR... 46	estradiol-norethindrone acet... 35	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 31
EPCLUSA... 97	ESTRING... 35	famotidine... 31
EPIDIOLEX... 70	eszopiclone... 54	FANAPT... 94
epinephrine... 114	ethacrynate sodium... 17	FARXIGA... 108
epirubicin... 82	ethambutol... 78	FASENRA PEN... 114
epitol... 70	ethosuximide... 70	febuxostat... 12
EPIVIR HBV... 97	ethynodiol diac-eth estradiol... 35	felbamate... 70
EPKINLY... 82	etodolac... 59	felodipine... 17
epoprostenol (glycine)... 114	etonogestrel-ethinyl estradiol... 35	FEMLYV... 35
EPRONTIA... 12	ETOPOPHOS... 82	femynor... 36
ERBITUX... 82	etoposide... 82	fenofibrate micronized... 17
ergocalciferol (vitamin d2)... 118	etravirine... 97	fenofibrate nanocrystallized... 17
ergotamine-caffeine... 12	EULEXIN... 82	fenofibrate... 17
eribulin... 82	EUTHYROX... 42	fenofibric acid... 17
ERIVEDGE... 82	everolimus (antineoplastic)... 82	fentanyl citrate (pf)... 59
ERLEADA... 82	everolimus (immunosuppressive)... 46	fentanyl citrate... 59
erlotinib... 82	EVOMELA... 82	fentanyl... 59
errin... 35		fesoterodine... 33

FETZIMA... 74	fluorouracil... 29, 82	gabapentin... 70
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 108	fluoxetine... 74	galantamine... 11
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 108	fluphenazine decanoate... 94	gallifrey... 36
FIASP U-100 INSULIN... 108	fluphenazine hcl... 94	GAMUNEX-C... 46
finasteride... 33	flurbiprofen sodium... 52	GARDASIL 9 (PF)... 46
fingolimod... 26	flurbiprofen... 59	gatifloxacin... 52
FINTEPLA... 70	flutamide... 82	GATTEX ONE-VIAL... 31
FIRDAPSE... 26	fluticasone propion-salmeterol... 114	GATTEX 30-VIAL... 31
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 43	fluticasone propionate... 29, 114	GAUZE BANDAGE... 56
FIRMAGON... 43	fluvastatin... 17	GAUZE PAD... 56
flecainide... 17	fluvoxamine... 74	gavilyte-c... 31
floxuridine... 82	folic acid... 118	gavilyte-g... 31
fluconazole in nacl (iso-osm)... 77	FOLOTYN... 82	GAVRETO... 83
fluconazole... 77	FORTEO... 23	GAZYVA... 83
flucytosine... 77	fosamprenavir... 98	gefitinib... 83
fludarabine... 82	fosinopril... 17	gemcitabine... 83
fludrocortisone... 41	fosinopril-hydrochlorothiazide... 17	gemfibrozil... 17
flumazenil... 56	fosphenytoin... 70	GEMTESA... 33
flunisolide... 114	FOTIVDA... 82	generlac... 31
fluocinolone acetonide oil... 11	FRUZAQLA... 82	gengraf... 46, 47
fluocinolone and shower cap... 29	FULPHILA... 107	gentak... 52
fluocinolone... 28	fulvestrant... 82	gentamicin in nacl (iso-osm)... 66
fluocinonide... 29	furosemide... 17	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 66
fluocinonide-e... 29	FUZEON... 98	gentamicin sulfate (pf)... 66
fluocinonide-emollient... 29	FYARRO... 83	gentamicin... 52, 66
fluorometholone... 52	FYCOMPA... 70	GENVOYA... 98
		GILOTRIF... 83
		glatiramer... 26

G

glatopa... 26	HALAVEN... 83	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS... 47
GLEOSTINE... 83	haloette... 36	HUMIRA PEN... 47
glimepiride... 108, 109	haloperidol decanoate... 94	HUMIRA... 47
glipizide... 109	haloperidol lactate... 94	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 47
glipizide-metformin... 109	haloperidol... 94	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 47
GLUCAGEN HYPOKIT... 109	HARVONI... 98	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 47
glyburide micronized... 109	HAVRIX (PF)... 47	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 47
glyburide... 109	heather... 36	HUMIRA(CF) PEN... 47
glyburide-metformin... 109	heparin (porcine)... 107	HUMIRA(CF)... 47
GLYCOPHOS... 103	heparin, porcine (pf)... 107	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN... 110
glycopyrrolate... 31	HEPLISAV-B (PF)... 47	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN... 110
GLYXAMBI... 109	HETLIOZ LQ... 54	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN... 110
granisetron (pf)... 75	HIBERIX (PF)... 47	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN... 110
granisetron hcl... 75	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100... 109	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 110
griseofulvin microsize... 77	HUMALOG KWIKPEN INSULIN... 109	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN... 110
griseofulvin ultramicrosize... 77	HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100... 109	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN... 110
guanfacine... 17, 26	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN... 109	hydralazine... 17
GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 109	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN... 109	hydrochlorothiazide... 17, 18
GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 109	HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN... 109	hydrocodone-acetaminophen... 59
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 109	HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN... 109	hydrocodone-ibuprofen... 59
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 109	HUMALOG U-100 INSULIN... 109	
GVOKE... 109	HUMATIN... 66	
H	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START... 47	
HAEGARDA... 47		
hailey fe 1.5/30 (28)... 36		
hailey fe 1/20 (28)... 36		
hailey 24 fe... 36		
hailey... 36		

hydrocortisone... 24, 29	imatinib... 83	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 56
hydrocortisone-acetic acid... 11	IMBRUVICA... 83	INTELENCE... 98
hydromorphone... 59	IMDELLTRA... 83	INTRALIPID... 103
hydroxychloroquine... 92	IMFINZI... 83	INVEGA HAFYERA... 94
hydroxyurea... 83	imipenem-cilastatin... 66	INVEGA SUSTENNA... 94
hydroxyzine hcl... 62	imipramine hcl... 74	INVEGA TRINZA... 94
hydroxyzine pamoate... 114	imipramine pamoate... 74	INVOKAMET XR... 110
HYFTOR... 29	imiquimod... 29	INVOKAMET... 110
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER... 47	IMJUDO... 83	INVOKANA... 110
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER... 47	IMLYGIC... 83, 84	IONOSOL-B IN D5W... 103
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER... 47	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 48	IONOSOL-MB IN D5W... 103
HYRIMOZ(CF) PEN... 47	INBRIJA... 13	IPOL... 48
HYRIMOZ(CF)... 47	incassia... 36	ipratropium bromide... 114
I	INCONTROL ALCOHOL PADS... 56	ipratropium-albuterol... 114
ibandronate... 23	INCRELEX... 41	irbesartan... 18
IBRANCE... 83	indapamide... 18	irbesartan-hydrochlorothiazide... 18
ibu... 59	indomethacin... 60	irinotecan... 84
ibuprofen... 59, 60	INFANRIX (DTAP) (PF)... 48	ISENTRESS HD... 98
ibutilide fumarate... 18	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)... 26	ISENTRESS... 98
icatibant... 47	INGREZZA... 26	isibloom... 36
iclevia... 36	INLYTA... 84	ISOLYTE S PH 7.4... 103
ICLUSIG... 83	INQOVI... 84	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 103
idarubicin... 83	INREBIC... 84	ISOLYTE-S... 103
IDHIFA... 83	INSULIN LISPRO... 110	isoniazid... 78
ifosfamide... 83	INSULIN SYRINGE MICROFINE... 56	isosorbide dinitrate... 18
ILEVRO... 52	INSULIN SYRINGE... 56	isosorbide mononitrate... 18
		isosorbide-hydralazine... 18

isotretinoin... 29	JENTADUETO... 110	KINRIX (PF)... 48
isradipine... 18	JEVTANA... 84	kionex (with sorbitol)... 103
ISTODAX... 84	juleber... 36	KISQALI FEMARA CO-PACK... 84
ISTURISA... 44	JULUCA... 98	KISQALI... 84
ISUPREL... 18	junel fe 1.5/30 (28)... 36	klayesta... 77
ITOVEBI... 84	junel fe 1/20 (28)... 36	klor-con m10... 103
itraconazole... 77	junel fe 24... 36	KLOR-CON M15... 103
IV PREP WIPES... 56	junel 1.5/30 (21)... 36	klor-con m20... 103
ivabradine... 18	junel 1/20 (21)... 36	KLOR-CON 10... 103
ivermectin... 92	JYLAMVO... 48	KLOR-CON 8... 103
IWILFIN... 84	JYNNEOS (PF)... 48	KORLYM... 56
IXCHIQ (PF)... 48	K	KOSELUGO... 84
IXEMPRA... 84	K-TAB... 103	kourzeq... 27
IXIARO (PF)... 48	KABIVEN... 103	KRAZATI... 84
J	KADCYLA... 84	KRINTAFEL... 92
jaimiess... 36	kalliga... 36	kurvelo (28)... 36
JAKAFI... 84	KALYDECO... 114	KYPROLIS... 84, 85
jantoven... 107	KANJINTI... 84	L
JANUMET XR... 110	kariva (28)... 36	l norgest/e.estradiol-e.estrad... 36
JANUMET... 110	kelnor 1/35 (28)... 36	labetalol... 18
JANUVIA... 110	kelnor 1/50 (28)... 36	lacosamide... 70
JARDIANCE... 110	KERENDIA... 18	lactated ringers... 56, 103
jasmiel (28)... 36	KESIMPTA PEN... 26	lactulose... 31
javygtor... 116	ketoconazole... 77	LAGEVRIO (EUA)... 56
JAYPIRCA... 84	ketorolac... 52, 60	lamivudine... 98
JEMPERLI... 84	KEVZARA... 48	lamivudine-zidovudine... 98
jencycla... 36	KEYTRUDA... 84	lamotrigine... 70, 71
JENTADUETO XR... 110	KIMMTRAK... 84	LAMPIT... 92

lansoprazole... 31	levocarnitine... 103	liothyronine... 43
LANTUS SOLOSTAR U-100	levocetirizine... 114	LIPOFEN... 18
INSULIN... 110	levofloxacin in d5w... 66	lisinopril... 18
LANTUS U-100 INSULIN... 110	levofloxacin... 66	lisinopril-hydrochlorothiazide... 18
lapatinib... 85	levoleucovorin calcium... 85	lithium carbonate... 53
larin fe 1.5/30 (28)... 37	levonest (28)... 37	lithium citrate... 53
larin fe 1/20 (28)... 37	levonorg-eth estrad triphasic... 37	LITHOSTAT... 57
larin 1.5/30 (21)... 36	levonorgestrel-ethinyl estrad... 37	lo-zumandimine (28)... 37
larin 1/20 (21)... 36	levora-28... 37	LOCOID LIPOCREAM... 29
larin 24 fe... 37	levothyroxine... 42, 43	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 37
latanoprost... 52	LEVOXYL... 43	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 37
LAZCLUZE... 85	LEVULAN... 85	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 37
leena 28... 37	LEXIVA... 98	LOESTRIN 1/20 (21)... 37
leflunomide... 48	LIBERVANT... 71	lojaimiess... 37
lenalidomide... 85	LIBTAYO... 85	LONSURF... 85
LENVIMA... 85	lidocaine (pf)... 18	loperamide... 31
lessina... 37	lidocaine hcl... 61	lopinavir-ritonavir... 98
letrozole... 85	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 18	LOQTORZI... 85
leucovorin calcium... 85	lidocaine viscous... 61	lorazepam intensol... 62
LEUKERAN... 85	lidocaine... 61	lorazepam... 62
leuprolide (3 month)... 43	lidocaine-epinephrine... 61	LORBRENA... 85
leuprolide... 43	lidocaine-prilocaine... 61	loryna (28)... 37
levalbuterol tartrate... 114	lincomycin... 67	losartan... 18
levetiracetam in nacl (iso-os)... 71	lindane... 29	losartan-hydrochlorothiazide... 18
levetiracetam... 71	linezolid in dextrose 5%... 67	LOTEMAX SM... 52
LEVO-T... 42	linezolid... 67	lovastatin... 18, 19
levobunolol... 52	linezolid-0.9% sodium chloride... 67	low-ogestrel (28)... 37
levocarnitine (with sugar)... 103	LINZESS... 31	loxapine succinate... 94

lubiprostone... 31	magnesium sulfate in d5w... 103	meropenem... 67
LUMAKRAS... 85	magnesium sulfate in water... 103	meropenem-0.9% sodium chloride... 67
LUMIGAN... 52	magnesium sulfate... 103	mesalamine... 24
LUNSUMIO... 85	malathion... 29	MESNEX... 86
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 43	mannitol 10 %... 19	metformin... 111
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 43	mannitol 20 %... 19	methadone intensol... 60
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 43	mannitol 25 %... 19	methadone... 60
LUPRON DEPOT... 43	mannitol 5 %... 19	methazolamide... 19
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 43	maraviroc... 98	methenamine hippurate... 67
LUPRON DEPOT-PED... 43	MARGENZA... 86	methimazole... 44
lurasidone... 94	marlissa (28)... 37	methocarbamol... 112
lutra (28)... 37	MARPLAN... 74	methotrexate sodium (pf)... 48
LYBALVI... 94	MATULANE... 86	methotrexate sodium... 48
lyleq... 37	meclizine... 75	methoxsalen... 29
lyllana... 37	medroxyprogesterone... 37	methscopolamine... 31
LYNPARZA... 85	mefloquine... 92	methsuximide... 71
LYSODREN... 44	megestrol... 37, 38	methyl dopa... 19
LYTGOBI... 86	MEKINIST... 86	methyl dopa-hydrochlorothiazide... 19
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN... 110	MEKTOVI... 86	methylphenidate hcl... 26
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN... 110	meloxicam... 60	methylprednisolone acetate... 42
LYUMJEV TEMPO PEN(U-100)INSULN... 110	melphalan hcl... 86	methylprednisolone sodium succ... 42
LYUMJEV U-100 INSULIN... 110	melphalan... 86	methyprednisolone... 41, 42
lyza... 37	memantine... 11	metoclopramide hcl... 75
M	MENACTRA (PF)... 48	metolazone... 19
M-M-R II (PF)... 48	MENEST... 38	metoprolol succinate... 19
m-natal plus... 103	MENQUADFI (PF)... 48	
	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 48	
	mercaptopurine... 86	

metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 19	moexipril... 19	nadolol... 19
metoprolol tartrate... 19	molindone... 95	nafcillin in dextrose iso-osm... 67
metronidazole in nacl (iso-os)... 67	mometasone... 29, 114	nafcillin... 67
metronidazole... 67	mondoxyne nl... 67	nalmefene... 24
metyrosine... 19	MONJUVI... 48	naloxone... 24
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL... 77	mono-lynyah... 38	naltrexone... 25
micafungin... 77	montelukast... 114	NAMZARIC... 11
miconazole-3... 77	morphine concentrate... 60	naproxen sodium... 60, 61
microgestin fe 1.5/30 (28)... 38	morphine... 60	naproxen... 60
microgestin fe 1/20 (28)... 38	MOUNJARO... 111	naratriptan... 12
microgestin 1.5/30 (21)... 38	MOVANTIK... 32	NATACYN... 52
microgestin 1/20 (21)... 38	moxifloxacin... 52, 67	NATAZIA... 38
microgestin 24 fe... 38	moxifloxacin-sod.chloride(iso)... 67	nateglinide... 111
midodrine... 19	MOZOBIL... 107	NATPARA... 23
mifepristone... 57	MRESVIA (PF)... 48	NAYZILAM... 71
mili... 38	MULTAQ... 19	nebivolol... 19
mimvey... 38	mupirocin... 29	NEBUPENT... 92
minocycline... 67	MUTAMYCIN... 86	necon 0.5/35 (28)... 38
minoxidil... 19	MVASI... 86	nefazodone... 74
MIRCETTE (28)... 38	MYALEPT... 32	nelarabine... 86
mirtazapine... 74	mycophenolate mofetil (hcl)... 48	neo-polycin hc... 52
misoprostol... 31, 32	mycophenolate mofetil... 48	neo-polycin... 52
MITIGARE... 12	mycophenolate sodium... 48	neo-vital rx... 103
mitomycin... 86	MYLOTARG... 86	neomycin... 67
mitoxantrone... 86	myorisan... 30	neomycin-bacitracin-poly-hc... 52
modafinil... 54	MYRBETRIQ... 33	neomycin-bacitracin-polymyxin... 52
	N	
	nabumetone... 60	

neomycin-polymyxin b-dexameth... 52	nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 67	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 111
neomycin-polymyxin-gramicidin... 52	nitroglycerin in 5 % dextrose... 20	NOVOLIN R FLEXPEN... 111
neomycin-polymyxin-hc... 11, 52	nitroglycerin... 20, 57	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN... 111
NEONATAL COMPLETE... 104	NITROSTAT... 20	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 111
NEONATAL PLUS VITAMIN... 104	NIVESTYM... 107	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 111
NEONATAL-DHA... 104	nizatidine... 32	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 111
NERLYNX... 86	NORA-BE... 38	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 111
NEULASTA ONPRO... 107	norelgestromin-ethin.estradiol... 38	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 111
NEULASTA... 107	norepinephrine bitartrate... 20	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 111
nevirapine... 98, 99	noreth-ethinyl estradiol-iron... 38	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 111
NEXLETOL... 19	norethindrone (contraceptive)... 38	NOVOPEN ECHO... 57
NEXLIZET... 19	norethindrone ac-eth estradiol... 38	NOXAFIL... 77
NEXTERONE... 19	norethindrone acetate... 38	NUBEQA... 86
niacin... 19, 20	norethindrone-e.estradiol-iron... 38	NUCALA... 115
niacor... 20	norgestimate-ethinyl estradiol... 38	NUEDEXTA... 26
NICOTROL NS... 25	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 104	NUPLAZID... 95
nifedipine... 20	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 104	NUTRILIPID... 104
nikki (28)... 38	NORMOSOL-R PH 7.4... 104	nyamyc... 77
nilutamide... 86	NORMOSOL-R... 104	nylia 1/35 (28)... 39
nimodipine... 20	nortrel 0.5/35 (28)... 38	nylia 7/7/7 (28)... 39
NINLARO... 86	nortrel 1/35 (21)... 38	nymyo... 39
NIPENT... 86	nortrel 1/35 (28)... 38	
nisoldipine... 20	nortrel 7/7/7 (28)... 39	
nitazoxanide... 92	nortriptyline... 74	
nitisinone... 116	NORVIR... 99	
nitrofurantoin macrocrystal... 67	NOVOLIN N FLEXPEN... 111	

nystatin... 77	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY... 57	OPSYNVI... 115
nystatin-triamcinolone... 78		oralone... 27
nystop... 78	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY... 57	ORBACTIV... 67
O		ORGOVYX... 44
ocella... 39	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY... 57	ORKAMBI... 115
octreotide acetate... 43, 44	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY... 57	ORSERDU... 87
octreotide,microspheres... 44		ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 39
ODEFSEY... 99	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY... 57	oseltamivir... 99
ODOMZO... 86	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY... 57	OSMITROL 10 %... 20
OFEV... 115	OMNIPOD GO PODS... 57	OSMITROL 15 %... 20
ofloxacin... 11, 52, 67	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)... 57	OSMITROL 20 %... 20
OGSIVEO... 86	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)... 57	OSMITROL 5 %... 20
OJEMDA... 86		OSPHENA... 39
OJJAARA... 87	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)... 57	OTEZLA STARTER... 30
olanzapine... 95		OTEZLA... 30
olmesartan... 20	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)... 57	oxacillin in dextrose(iso-osm)... 67
olmesartan-amlodipin-hcthiazid... 20	OMNITROPE... 41	oxacillin... 67
olmesartan-hydrochlorothiazide... 20	ONCASPAR... 87	oxaliplatin... 87
olopatadine... 52	ondansetron hcl (pf)... 76	oxandrolone... 39
omega-3 acid ethyl esters... 20	ondansetron hcl... 76	oxazepam... 62
omeprazole... 32	ondansetron... 76	oxcarbazepine... 71
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)... 57	ONIVYDE... 87	oxybutynin chloride... 33
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)... 57	ONUREG... 87	oxycodone... 61
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)... 57	OPDIVO... 87	oxycodone-acetaminophen... 61
	OPDUALAG... 87	OZEMPIC... 111
	OPSUMIT... 115	P
		PACERONE... 20
		paclitaxel protein-bound... 87

paclitaxel... 87	penicillin g potassium... 68	pilocarpine hcl... 27, 52
PADCEV... 87	penicillin g procaine... 68	pimecrolimus... 30
paliperidone... 95	penicillin g sodium... 68	pimozide... 95
pamidronate... 23	penicillin v potassium... 68	pimtrea (28)... 39
PANRETIN... 87	PENTACEL (PF)... 49	pioglitazone... 111
pantoprazole in 0.9% sod chlor... 32	PENTAM... 92	pioglitazone-metformin... 111
pantoprazole... 32	pentamidine... 92, 93	piperacillin-tazobactam... 68
paraplatin... 87	pentoxifylline... 21	PIQRAY... 87
paricalcitol... 23	PERIKABIVEN... 104	pirfenidone... 115
paroex oral rinse... 27	perindopril erbumine... 21	pirmella... 39
paromomycin... 68	periogard... 27	piroxicam... 61
paroxetine hcl... 74	PERJETA... 87	PLASMA-LYTE A... 104
PASER... 78	permethrin... 30	PLASMA-LYTE 148... 104
PAXLOVID... 57	perphenazine... 95	PLENAMINE... 104
pazopanib... 87	perphenazine-amitriptyline... 74	plerixafor... 107
PEDIARIX (PF)... 48	PERSERIS... 95	podofilox... 30
PEDVAX HIB (PF)... 48	pfizerpen-g... 68	POLIVY... 88
peg 3350-electrolytes... 32	phenelzine... 74	polocaine... 61
peg-electrolyte soln... 32	phenobarbital... 71	polocaine-mpf... 62
PEGASYS... 48, 49	PHENYTEK... 71	polycin... 53
PEMAZYRE... 87	phenytoin sodium extended... 71	polymyxin b sulf-trimethoprim... 53
pemetrexed disodium... 87	phenytoin sodium... 71	polymyxin b sulfate... 68
pemetrexed... 87	phenytoin... 71	POMALYST... 88
PEMRYDI RTU... 87	philith... 39	portia 28... 39
PEN NEEDLE, DIABETIC... 57	PHOSPHOLINE IODIDE... 52	PORTRAZZA... 88
PENBRAYA (PF)... 49	PHYSIOLYTE... 57	posaconazole... 78
penicillamine... 104	PHYSIOSOL IRRIGATION... 57	potassium acetate... 104
penicillin g pot in dextrose... 68	PIFELTRO... 99	

potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 104	prednisolone sodium phosphate... 42, 53	prochlorperazine maleate... 76
potassium chloride in lr-d5... 104	prednisolone... 42	prochlorperazine... 76
potassium chloride in water... 105	prednisone intensol... 42	PROCRIT... 107
potassium chloride in 0.9%nacl... 104	prednisone... 42	procto-med hc... 30
potassium chloride in 5 % dex... 104	pregabalin... 26	proctosol hc... 30
potassium chloride... 104	PREHEVBRIO (PF)... 49	proctozone-hc... 30
potassium chloride-d5-0.2%nacl... 105	PREMARIN... 39	progesterone micronized... 39
potassium chloride-d5-0.3%nacl... 105	PREMASOL 10 %... 105	progesterone... 39
potassium chloride-d5-0.9%nacl... 105	PRENATA... 105	PROGRAF... 49
potassium chloride-0.45 % nacl... 105	PRENATABS FA... 105	PROLEUKIN... 88
potassium citrate... 105	prenatal plus (calcium carb)... 105	PROLIA... 23
POTELIGEO... 88	prenatal plus vitamin-mineral... 105	PROMACTA... 107, 108
pr natal 400 ec... 105	PRENATE ELITE... 105	promethazine... 76
pr natal 400... 105	prevalite... 21	propafenone... 21
pr natal 430 ec... 105	PREVYMIS... 99	proparacaine... 53
pr natal 430... 105	PREZCOBIX... 99	propranolol... 21
pralatrexate... 88	PREZISTA... 99	propranolol-hydrochlorothiazid... 21
pramipexole... 13	PRIFTIN... 78	propylthiouracil... 44
prasugrel... 107	primaquine... 93	PROQUAD (PF)... 49
pravastatin... 21	primidone... 71	PROSOL 20 %... 105
praziquantel... 93	PRIMSOL... 68	protamine... 57
prazosin... 21	PRIORIX (PF)... 49	protriptyline... 75
prednisolone acetate... 53	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 57	PULMOZYME... 115
	probenecid... 12	PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 57
	probenecid-colchicine... 12	PURIXAN... 88
	procainamide... 21	pyrazinamide... 78
	prochlorperazine edisylate... 76	pyridostigmine bromide... 12
		pyrimethamine... 93

PYRUKYND... 108

Q

QINLOCK... 88

QUADRACEL (PF)... 49

QUARTETTE... 39

quetiapine... 95

quinapril... 21

quinapril-hydrochlorothiazide... 21

quinidine sulfate... 21

quinine sulfate... 93

QULIPTA... 12

R

RABAVERT (PF)... 49

rabeprazole... 32

raloxifene... 39

ramipril... 21

ranolazine... 21

rasagiline... 13

RAYALDEE... 23

reclipsen (28)... 39

RECOMBIVAX HB (PF)... 49

RECTIV... 57

RELENZA DISKHALER... 99

repaglinide... 111

REPATHA PUSHTRONEX... 21

REPATHA SURECLICK... 21

REPATHA SYRINGE... 21

RESTASIS MULTIDOSE... 53

RESTASIS... 53

RETACRIT... 108

RETEVMO... 88

RETROVIR... 99

REVUFORJ... 88

REXULTI... 95

REYATAZ... 99

REZLIDHIA... 88

REZUROCK... 49

RHOPHYLAC... 49

RHOPRESSA... 53

RIABNI... 88

ribavirin... 57, 99

rifabutin... 78

rifampin... 78

riluzole... 26

rimantadine... 99

ringer's... 58, 105

RINVOQ LQ... 49

RINVOQ... 49

risedronate... 23, 24

RISPERDAL CONSTA... 95

risperidone... 95, 96

ritonavir... 99

rivastigmine tartrate... 11

rivastigmine... 11

rivelsa... 39

rizatriptan... 12

ROCKLATAN... 53

roflumilast... 115

romidepsin... 88

ropinirole... 13

ropivacaine (pf)... 62

rosuvastatin... 21

ROTARIX... 49

ROTATEQ VACCINE... 49

roweepra xr... 72

roweepra... 71

ROZLYTREK... 88

RUBRACA... 88

rufinamide... 72

RUKOBIA... 99

RUXIENCE... 88

RYBELSUS... 111

RYBREVANT... 88

RYDAPT... 88

RYLAZE... 88

RYTARY... 13, 14

RYTELO... 88

S

sajazir... 49

SANCUSO... 76

SANDIMMUNE... 49

SANDOSTATIN LAR DEPOT... 44

SANTYL... 30

sapropterin... 116

SARCLISA... 88	SKYRIZI... 49, 50	sotalol... 21
SAVELLA... 26, 27	SMOFLIPID... 105	SPIRIVA RESPIMAT... 115
saxagliptin... 111	sodium benzoate-sod phenylacet... 58	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 115
SCEMBLIX... 88, 89	sodium bicarbonate... 105	spironolacton-hydrochlorothiaz... 21
scopolamine base... 76	sodium chloride 0.45 %... 105	spironolactone... 21, 22
se-natal 19 chewable... 105	sodium chloride 0.9 %... 105, 106	sprintec (28)... 39
SECUADO... 96	sodium chloride 3 % hypertonic... 106	SPRITAM... 72
selegiline hcl... 14	sodium chloride 5 % hypertonic... 106	SPRYCEL... 89
selenium sulfide... 30	sodium chloride... 58, 105	SPS (WITH SORBITOL)... 106
SELZENTRY... 99	sodium oxybate... 54	sronyx... 39
sertraline... 75	sodium phenylbutyrate... 116	SSD... 30
setlakin... 39	sodium phosphate... 106	stavudine... 99
sevelamer carbonate... 105	sodium polystyrene sulfonate... 106	STELARA... 50
sharobel... 39	sodium,potassium,mag sulfates... 32	STIOLTO RESPIMAT... 115
SHINGRIX (PF)... 49	solifenacin... 33	STIVARGA... 89
SIGNIFOR... 44	SOLQUA 100/33... 111	STRENSIQ... 117
sildenafil (pulm.hypertension)... 115	SOLTAMOX... 89	streptomycin... 68
sildenafil... 118	SOLU-MEDROL (PF)... 42	STRIBILD... 99
silodosin... 33	SOLU-MEDROL... 42	STRIVERDI RESPIMAT... 115
silver sulfadiazine... 30	SOMATULINE DEPOT... 44	subvenite starter (blue) kit... 72
SIMBRINZA... 53	SOMAVERT... 44	subvenite starter (green) kit... 72
simliya (28)... 39	sorafenib... 89	subvenite starter (orange) kit... 72
simpesse... 39	sorbitol-mannitol... 58	subvenite... 72
SIMULECT... 49	sorine... 21	SUCRAID... 117
simvastatin... 21	sotalol af... 21	sucrafate... 32
sirolimus... 49		sulfacetamide sodium (acne)... 68
SIRTURO... 78		sulfacetamide sodium... 53, 68
SKYCLARYS... 27		

sulfacetamide-prednisolone... 53	T	TEMIXYS... 100
sulfadiazine... 68	TABLOID... 89	temsirolimus... 89
sulfamethoxazole-trimethoprim... 68	TABRECTA... 89	TENIVAC (PF)... 50
sulfasalazine... 24	tacrolimus... 30, 50	tenofovir disoproxil fumarate... 100
sulindac... 61	tadalafil (pulm. hypertension)... 115	TEPMETKO... 89
sumatriptan succinate... 12, 13	TAFINLAR... 89	terazosin... 22
sumatriptan... 12	TAGRISSO... 89	terbinafine hcl... 78
sunitinib malate... 89	TALVEY... 89	terconazole... 78
SUNLENCA... 100	TALZENNA... 89	teriflunomide... 27
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 58	tamoxifen... 89	testosterone cypionate... 40
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 58	tamsulosin... 33	testosterone enanthate... 40
syeda... 39	tarina fe 1-20 eq (28)... 40	testosterone... 40
SYLVANT... 50	tarina fe 1/20 (28)... 40	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 50
SYMBICORT... 115	tarina 24 fe... 39	tetrabenazine... 27
SYMDEKO... 115	TASIGNA... 89	TEVIMBRA... 89
SYMFI LO... 100	tasimelteon... 54	THALOMID... 89
SYMFI... 100	tazarotene... 30	theophylline in dextrose 5 %... 115
SYMLINPEN 120... 111	taztia xt... 22	theophylline... 115
SYMLINPEN 60... 112	TAZVERIK... 89	thioridazine... 96
SYMPAZAN... 72	TDVAX... 50	thiotepa... 90
SYMTUZA... 100	TECENTRIQ HYBREZA... 89	thiothixene... 96
SYNAREL... 44	TECENTRIQ... 89	tiadylt er... 22
SYNJARDY XR... 112	TECVAYLI... 89	tiagabine... 72
SYNJARDY... 112	TEFLARO... 68	TIBSOVO... 90
SYNRIBO... 89	telmisartan... 22	TICOVAC... 50
SYNTHROID... 43	telmisartan-amlodipine... 22	tigecycline... 68
	telmisartan-hydrochlorothiazid... 22	tilia fe... 40
	temazepam... 54	

timolol maleate (pf)... 53	tranylcypromine... 75	triderm... 42
timolol maleate... 22, 53	TRAVASOL 10 %... 106	trientine... 106
tinidazole... 68	travoprost... 53	trifluoperazine... 96
TIVDAK... 90	TRAZIMERA... 90	trifluridine... 53
TIVICAY PD... 100	trazodone... 75	trihexyphenidyl... 14
TIVICAY... 100	TRECTOR... 78	TRIJDARDY XR... 112
tizanidine... 12	TRELEGY ELLIPTA... 115	TRIKAFDA... 116
tobramycin in 0.225 % nacl... 68	TRELSTAR... 44	trimethobenzamide... 76
tobramycin sulfate... 68	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 112	trimethoprim... 68
tobramycin... 53	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 112	trimipramine... 75
tobramycin-dexamethasone... 53	TRESIBA U-100 INSULIN... 112	trinatal rx 1... 106
tolterodine... 33	tretinoin (antineoplastic)... 90	TRINTELLIX... 75
topiramate... 13	tretinoin... 30	TRISENOX... 90
topotecan... 90	tri femynor... 40	TRIUMEQ PD... 100
toremifene... 90	tri-legest fe... 40	TRIUMEQ... 100
torpenz... 90	tri-lynyah... 40	trivora (28)... 40
torseamide... 22	tri-lo-estarylla... 40	TRIZIVIR... 100
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 112	tri-lo-marzia... 40	TRODELVY... 90
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 112	tri-lo-mili... 40	TROGARZO... 100
TPN ELECTROLYTES... 106	tri-lo-sprintec... 40	TROPHAMINE 10 %... 106
TRADJENTA... 112	tri-mili... 40	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 58
tramadol... 61	tri-nymyo... 40	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 58
tramadol-acetaminophen... 61	tri-sprintec (28)... 40	TRULICITY... 112
trandolapril... 22	tri-vylibra lo... 40	TRUMENBA... 50
trandolapril-verapamil... 22	tri-vylibra... 40	TRUQAP... 90
tranexamic acid... 108	triamcinolone acetonide... 27, 42	TRUSELTIQ... 90
	22	TUKYSA... 90

tulana... 40	valrubicin... 90	verapamil... 22, 23
TURALIO... 90	valsartan... 22	VERIPRED 20... 42
turqoz (28)... 40	valsartan-hydrochlorothiazide... 22	VERQUVO... 23
TWINRIX (PF)... 50	VALSTAR... 90	VERSACLOZ... 96
TYBLUME... 40	VALTOCO... 72	VERZENIO... 91
TYBOST... 100	vanadom... 112	vestura (28)... 40
TYMLOS... 24	vancomycin in dextrose 5 %... 69	VICTOZA 2-PAK... 112
TYPHIM VI... 50	vancomycin in 0.9 % sodium chl... 69	VICTOZA 3-PAK... 112
U	vancomycin... 68, 69	vienva... 40
UBRELVY... 58	vancomycin-diluent combo no.1... 69	vigabatrin... 72
UDENYCA AUTOINJECTOR... 108	VANFLYTA... 90	vigadrone... 72
UDENYCA ONBODY... 108	VAQTA (PF)... 50	VIGAFYDE... 72
UDENYCA... 108	varenicline... 25	vigpoder... 72
ULTILET ALCOHOL SWAB... 58	VARIVAX (PF)... 50	VIIBRYD... 75
UNITHROID... 43	VARIZIG... 50	vilazodone... 75
UNITUXIN... 90	VASCEPA... 22	vinblastine... 91
ursodiol... 32	VAXCHORA VACCINE... 50	vincasar pfs... 91
UVADEX... 30	VECTIBIX... 90	vincristine... 91
V	velivet triphasic regimen (28)... 40	vinorelbine... 91
V-GO 20... 58	VELTASSA... 106	violele (28)... 40
V-GO 30... 58	VEMLIDY... 100	VIRACEPT... 100
V-GO 40... 58	VENCLEXTA STARTING PACK... 90	VIREAD... 100
valacyclovir... 100	VENCLEXTA... 90	virt-nate dha... 106
VALCHLOR... 90	venlafaxine... 75	VISTOGARD... 91
valganciclovir... 100	VENTAVIS... 116	vitamin d2... 118
valproate sodium... 72	VENTOLIN HFA... 116	VITRAKVI... 91
valproic acid (as sodium salt)... 72		VIVITROL... 25
valproic acid... 72		VIZIMPRO... 91

VOCABRIA... 100	XALKORI... 91	ZANOSAR... 92
volnea (28)... 40	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 108	zarah... 41
VONJO... 91	XARELTO... 108	ZARXIO... 108
VORANIGO... 91	XATMEP... 50	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR... 112
voriconazole... 78	XCOPRI MAINTENANCE PACK... 73	ZEGALOGUE SYRINGE... 112
VOSEVI... 100	XCOPRI TITRATION PACK... 73	ZEJULA... 92
VOTRIENT... 91	XCOPRI... 72	ZELBORAF... 92
VRAYLAR... 96	XDEMVI... 58	ZEMAIRA... 117
VUMERITY... 27	XGEVA... 24	zenatane... 30
vyfemla (28)... 40	XIFAXAN... 32	ZENPEP... 117
vylibra... 41	XIGDUO XR... 112	ZEPZELCA... 92
VYLOY... 91	XOLAIR... 50, 51	ZERBAXA... 69
VYNDAQEL... 117	XOSPATA... 91	ZERVIA... 53
VYXEOS... 91	XPOVIO... 91	ZEVALIN (Y-90)... 58
VYZULTA... 53	XTAMPZA ER... 61	zidovudine... 100
W	XTANDI... 91	ziprasidone hcl... 96
warfarin... 108	xulane... 41	ziprasidone mesylate... 96
water for irrigation, sterile... 58	XULTOPHY 100/3.6... 112	ZIRABEV... 92
WEBCOL... 58	Y	ZIRGAN... 100
WELIREG... 91	YERVOY... 92	ZOKINVY... 117
wera (28)... 41	YF-VAX (PF)... 51	ZOLADEX... 44
wesnata dha complete... 106	YONDELIS... 92	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 24
wesnate dha... 106	Z	zoledronic acid... 24
westab plus... 106	zafemy... 41	zoledronic acid-mannitol-water... 24
WINRHO SDF... 50	zafirlukast... 116	ZOLINZA... 92
wixela inhub... 116	zaleplon... 54	zolpidem... 54
wymzya fe... 41	ZALTRAP... 92	
X		

ZONISADE... 73
zonisamide... 73
zovia 1-35 (28)... 41
ZTALMY... 73
ZUBSOLV... 25
zumandimine (28)... 41
ZURZUVAE... 75
ZYDELIG... 92
ZYKADIA... 92
ZYNLONTA... 92
ZYNYZ... 92
ZYPITAMAG... 23
ZYPREXA RELPREVV... 96

¡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]

[illegible]

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



CarePlusHealthPlans.com

H1019-001, 006, 043, 057, 065, 069, 076, 094, 098, 102, 103, 104, 110, 113, 120, 134, 135, 136, 137, 138,
139, 140, 144

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.