CareNeeds (HMO D-SNP)

2020



GUÍA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Formulario de CarePlus

Lista de Medicamentos Cubiertos

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

Este formulario fue actualizado en 10/30/2020. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al: **1-800-794-5907** o para usuarios de TTY, **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted tambien puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite **www.careplushealthplans.com**.

CarePlus HEALTH PLANS

¡Bienvenido a CarePlus!

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta lista de medicamentos (formulario), "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a CarePlus. Del mismo modo, "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a CarePlus. Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir de octubre de 2020. 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/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:

- **Nuevos medicamentos genéricos**. Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Si usted usa actualmente el medicamento de marca, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de hacer ese cambio, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
  - Si realizamos un cambio de este tipo, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario?"
- **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 podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. En caso de que retiremos medicamentos de nuestro formulario, o añadamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento, o bien que traslademos un medicamento a un nivel superior de costos compartidos, debemos notificar a los afiliados que se vean afectados por el cambio al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio o cuando

el afiliado solicite la repetición del medicamento, en cuyo caso recibirá un suministro de 30 días del medicamento. Notificaremos a los afiliados que se vean afectados por los siguientes cambios en el formulario:

- Cuando un medicamento se retira del formulario
- Cuando se agregan o se hacen más restrictivos los requisitos de autorizaciones previas, límites de cantidad o las restricciones de terapia por fases para un medicamento

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de plan de CarePlus?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2020 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2020, 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.

¿Qué sucede si usted está afectado por un cambio en la Lista de medicamentos?

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

El formulario adjunto es vigente a partir de octubre de 2020. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en **es.careplushealthplans.com**.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, visite **es.careplushealthplans.com** o llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907; TTY:711.** Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. A partir del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 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 5 para más información sobre los Requisitos de control de la utilización).

Listado en orden alfabético

Si no sabe muy bien la categoría o grupo de su medicamento, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 112. 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 que se cubre. 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, CarePlus entonces cubrirá el Medicamento B.
- **Parte B o Parte D (B vs D, por sus siglas en inglés):** 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.

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

Puede pedirle a CarePlus que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección "**¿Cómo solicito una excepción al formulario?**" en la página 6, para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Tiene un impacto en mi cobertura la reforma del cuidado de la salud?

Desde 2011, Medicare ha hecho cambios para ayudar con el costo de medicamentos mientras los afiliados se encuentran en el período sin cobertura del Plan de medicamentos recetados, también llamado "donut hole" en inglés. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) trabajan junto con las compañías que fabrican medicamentos recetados y los planes de salud para que usted reciba un descuento cercano al 75 por ciento en el costo de muchos medicamentos de marca cubiertos mientras usted se encuentra en el período sin cobertura. Los afiliados de Medicare que reciban el subsidio por ingresos limitados ("Ayuda adicional") o que estén cubiertos por un plan de medicamentos recetados comercial acreditado a través de un patrono no recibirán este descuento.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos, visite **es.careplushealthplans.com** 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 el 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.

¿Cómo solicito una excepción al formulario?

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.
- **Excepción a la restricción de utilización**: puede solicitar que no se apliquen las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitar que no se aplique el límite y que se cubran más dosis del medicamento.
- **Excepción al nivel:** puede solicitar un nivel de cobertura superior para su medicamento. Por ejemplo, si su medicamento normalmente es considerado como un medicamento no preferido, puede solicitar que en vez de eso se cubra como un medicamento preferido. Esto reduciría la cantidad de dinero que usted debe pagar por el medicamento. Recuerde que no se puede solicitar un nivel superior de cobertura para un medicamento si se concedió aprobación para cubrir un medicamento que no estaba en el formulario.

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

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

Por lo general, debemos tomar una decisión en un término de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud. Puede solicitar una excepción más 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. Una vez recibida su solicitud para una aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud.

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

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

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

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

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y toma medicamentos de la Parte D que no están en el formulario, cubriremos hasta un suministro de 30 días, 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) durante los primeros 90 días que sea afiliado de nuestro plan. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de su medicamento, a menos que su medicamento esté recetado por menos días (en cuyo caso, permitiremos varios surtidos para proveer hasta un total de 31 días del medicamento) mientras usted solicita una excepción al formulario si:

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

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

- Afiliados que son dados de alta de un hospital o un centro de enfermería especializada para volver a sus hogares
- Afiliados que dejan sus hogares y son admitidos en un hospital o a un centro de enfermería especializada
- Afiliados que son transferidos de un centro de enfermería especializada a otro y usan una farmacia diferente
- Afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que ahora necesitan usar el beneficio de la Parte D de su plan
- Afiliados que renuncian a su condición de hospicio y retoman su cobertura estándar de la Parte A y B de Medicare
- Afiliados que reciben el alta de hospitales para pacientes psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para estos cambios en los ámbitos de tratamiento, CarePlus cubrirá un suministro temporal de hasta 30 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

Si su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada antes de finalizar su período de transición inicial, CarePlus considerará otorgarle una extensión del período de transición sobre una base de estudio caso por caso. Seguiremos proveyéndole los medicamentos necesarios si se extiende su período de transición.

Una Política de transición está disponible en el sitio web de CarePlus, **es.careplushealthplans.com**, en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

MyHumana - su cuenta segura

Regístrese en MyHumana, su en **espanol.humana.com**, para obtener más información sobre su plan de medicamentos recetados. Puede registrarse en MyHumana para obtener los detalles acera de sus beneficios, ver sus reclamaciones y explorar la ficha de Medicare. También puede usar el Rx Calculator (Calculadora de medicamentos) bajo "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) en MyHumana para:

- Calcular el costo mensual de sus medicamentos y cuánto tiempo le tomará alcanzar las diversas "etapas" de costo de su plan de medicamentos recetados
- Obtener información sobre precios, cobertura, uso, dosificación, interacciones y otros detalles sobre más de 10,000 medicamentos
- Verificar si una alternativa genérica de un medicamento puede ayudarle a ahorrar dinero

Para más información

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

Si tiene alguna pregunta acerca de CarePlus, visite **es.careplushealthplans.com** o llame a Servicios para afiliados al **1-800-794-5907**; **TTY:711**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.

Si tiene preguntas generales acerca de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede visitar **www.medicare.gov**.

Formulario de CarePlus

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 112.

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 111.

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 es posible que aparezca un indicador para brindarle información adicional de cobertura para ese medicamento. Es posible que vea los siguientes indicadores:
DL - límite de despacho; medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro, independientemente de la asignación de nivel.
MO - medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo. Contacte con su farmacia de pedido por correo para verificar si su medicamento está disponible.
En la segunda columna aparece el nivel del medicamento. Consulte la página 5 para más detalles sobre los niveles de medicamentos en su plan.

En la tercera columna aparecen los Requisitos de control de la utilización para el medicamento. Es posible que CarePlus tenga requisitos especiales para la cobertura de ese medicamento. Si la columna está en blanco, entonces no hay requisitos de utilización para ese medicamento. El suministro de cada medicamento se basa en los beneficios y en si su proveedor de cuidado de la salud receta un suministro de 30, 60 o 90 días. La cantidad de cualquier límite de cantidad también estará en esta columna. (Por ejemplo: "QL - 30 por 30 días" significa que usted solo puede recibir 30 dosis cada 30 días). Consulte la página 5 para obtener más información acerca de estos requisitos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ANALGÉSICOS		
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 **DL**	3	LC (2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet **DL**	3	LC (390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet **DL**	3	LC (180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG BUCCAL FILM **DL**	3	LC (60 cada 30 días)
butalb-acetamin-caf-cod 50-300 **DL**	4	AP,LC (180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caf-cod 50-325 **DL**	4	AP,LC (360 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40 **MO**	2	LC (180 cada 30 días)
butorphanol 1 mg/ml vial **DL**	4	LC (960 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml spray **DL**	4	
butorphanol 2 mg/ml vial **DL**	4	LC (480 cada 30 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg capsule **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3% ptch **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
diclofenac sod ec 25 mg tab **MO**	3	
diclofenac sod ec 50 mg, 75 mg tab **MO**	2	
diclofenac sod er 100 mg tab **MO**	2	
diclofenac sodium 1% gel **MO**	3	
diclofenac-misoprost 50-0.2 tb; diclofenac-misoprost 75-0.2 tb **MO**	4	
ec-naproxen 500 mg tablet,delayed release **MO**	1	
EMBEDA ER 100-4 MG, 20-0.8 MG, 30-1.2 MG, 50-2 MG, 60-2.4 MG, 80-3.2 MG CAPSULE **DL**	3	LC (60 cada 30 días)
endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg capsule **MO**	3	
etodolac 400 mg, 500 mg tablet **MO**	3	
etodolac er 400 mg, 500 mg, 600 mg tablet **MO**	4	
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; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch **DL**	4	LC (20 cada 30 días)
fentanyl cit otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg; fentanyl citrate otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/2 ml ampul **DL**	4	B vs D,LC (720 cada 30 días)
FLECTOR 1.3 % TRANSDERMAL 12 HOUR PATCH **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrocodone-acetamin 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg; hydrocodone-acetamin 7.5-300 **DL**	3	LC (390 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg; hydrocodone-acetamin 2.5-325; hydrocodone-acetamin 7.5-325 **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15 **DL**	4	LC (2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetamn 7.5-325/15 **DL**	4	LC (5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg **DL**	4	LC (150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 **DL**	3	LC (150 cada 30 días)
hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml; hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml carpujct **DL**	4	B vs D,LC (720 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml carpujct **DL**	4	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml vial **DL**	4	B vs D,LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 4 mg/ml carpujct **DL**	4	B vs D,LC (180 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet **DL**	3	LC (240 cada 30 días)
hydromorphone hcl 1 mg/ml amp **DL**	4	B vs D,LC (720 cada 30 días)
hydromorphone hcl 4 mg/ml amp **DL**	4	B vs D,LC (180 cada 30 días)
hydromorphone 1 mg/ml vial **DL**	4	B vs D,LC (720 cada 30 días)
hydromorphone 4 mg/ml vial **DL**	4	B vs D,LC (180 cada 30 días)
hydromorphone 50 mg/5 ml vial **DL**	4	LC (144 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet **MO**	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp **MO**	2	
ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet **MO**	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule **MO**	2	
ketoprofen 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule **MO**	3	
ketorolac 10 mg tablet **MO**	2	LC (20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution **DL**	3	LC (1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc **DL**	3	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
methadone 5 mg/5 ml solution **DL**	3	LC (3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet **DL**	3	LC (240 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg/ml vial **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet **DL**	3	LC (480 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln **DL**	3	LC (2700 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln **DL**	3	LC (1350 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg tablet **DL**	3	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet **DL**	3	LC (120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg tablet **DL**	3	LC (90 cada 30 días)
morphine sulfate 10 mg/ml vial **DL**	4	B vs D,LC (360 cada 30 días)
morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab **DL**	3	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml conc **DL**	3	LC (540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet **MO**	2	
naproxen 250 mg, 375 mg, 500 mg tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 500 mg tablet **MO**	1	
naproxen sod cr 375 mg tablet **MO**	4	TP,LC (120 cada 30 días)
naproxen sod cr 500 mg tablet **MO**	4	TP,LC (90 cada 30 días)
naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab **MO**	4	
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc **DL**	4	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg capsule **DL**	4	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln **DL**	4	LC (5400 cada 30 días)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325 **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 **DL**	3	LC (360 cada 30 días)
pentazocine-naloxone tablet **DL**	4	LC (360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg capsule **MO**	3	
primlev 10 mg-300 mg tablet; primlev 5 mg-300 mg tablet; primlev 7.5 mg-300 mg tablet **DL**	5	LC (390 cada 30 días)
prolate 10 mg-300 mg tablet; prolate 5 mg-300 mg tablet; prolate 7.5 mg-300 mg tablet **DL**	5	LC (390 cada 30 días)
sulindac 150 mg, 200 mg tablet **MO**	2	
tramadol er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; tramadol hcl er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet **DL**	3	LC (30 cada 30 días)
tramadol hcl 100 mg tablet **DL**	3	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
tramadol hcl 50 mg tablet **DL**	2	LC (240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 **DL**	2	LC (240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE SPRINKLE **DL**	3	LC (60 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine 0.25% vial; bupivacaine 0.5% vial **MO**	1	
bupivacaine 0.25% vial; bupivacaine 0.5% (5 mg/ml) amp; bupivacaine 0.75% vial **MO**	1	
lidocaine 5% patch **MO**	4	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine 5% in d7.5w ampul **MO**	1	
lidocaine hcl 2% jelly **MO**	2	
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet **MO**	2	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution **MO**	2	
lidocaine 0.5%-epi 1:200,000 **MO**	2	
lidocaine-prilocaine cream **MO**	4	
mepivacaine hcl 3% cartridge **MO**	1	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % injection solution **MO**	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) injection solution **MO**	1	
ropivacaine 0.2% 200 mg/100 ml; ropivacaine 0.5% 100 mg/20 ml; ropivacaine 0.75% 150 mg/20 ml; ropivacaine 1% 200 mg/20 ml vl **MO**	4	
AGENTES CONTRA LA ADICCIÓN/PARA TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA		
acamprosate calc dr 333 mg tab **MO**	4	
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
bupreno-nalox 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg sl film; buprenorp-nalox 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg sl film **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
buprenor-nalox 12-3 mg sl film **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet **MO**	3	LC (90 cada 30 días)
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET **MO**	4	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET **MO**	4	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK **MO**	4	LC (56 cada 28 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet **MO**	3	
naloxone 0.4 mg/ml vial **MO**	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml carpuject; naloxone 2 mg/2 ml syringe **MO**	1	
naloxone 2 mg auto-injector **MO**	4	LC (0.8 cada 30 días)
naltrexone 50 mg tablet **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY **MO**	3	LC (2 cada 30 días)
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY **MO**	4	
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2% ear solution **MO**	2	
amikacin sulf 1 gram/4 ml vial; amikacin sulf 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml vial **MO**	4	
amoxicillin 125 mg, 250 mg tab chew **MO**	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml susp **MO**	1	
amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule **MO**	1	
amoxicillin 500 mg, 875 mg tablet **MO**	1	
amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml sus; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml susp **MO**	3	
amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg tablet **MO**	2	
ampicillin 250 mg, 500 mg capsule **MO**	2	
ampicillin 1 gm add-vantage vl; ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ampicillin 10 gm vial; ampicillin 2 gm add-vantage vl; ampicillin 2 gm vial **MO**	4	
ampicillin-sulb 1.5 g add vial; ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl; ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial **MO**	4	
AUGMENTIN 500 MG-125 MG TABLET; AUGMENTIN 875 MG-125 MG TABLET **MO**	4	AP
azithromycin 1 gm pwd packet **MO**	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml susp **MO**	3	
azithromycin 250 mg, 500 mg tablet **MO**	2	
azithromycin 600 mg tablet **MO**	2	LC (16 cada 60 días)
azithromycin i.v. 500 mg vial **MO**	2	
aztreonam 1 gm vial **MO**	4	
aztreonam 2 gm vial **DL**	5	
baciim 50,000 unit vial **MO**	4	
bacitracin 50,000 unit vial **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
bacitracin 500 unit/gm ophth **MO**	4	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	5	AP
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg capsule **MO**	3	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp **MO**	3	
cefadroxil 500 mg capsule **MO**	2	
cefazolin 1 gm add-van vial; cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial **MO**	3	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose; cefazolin 2 g/50 ml-dextrose **MO**	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp **MO**	3	
cefdinir 300 mg capsule **MO**	2	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial **MO**	4	
cefepime-dextrose 1 gm/50 ml; cefepime-dextrose 2 gm/50 ml **MO**	4	
cefepime 1 gm injection; cefepime 2 gm injection **MO**	4	
cefixime 400 mg capsule **MO**	4	
cefotaxime sodium 1 gm vial **MO**	2	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial **MO**	4	
cefotetan-dextr 1 g duplex bag; cefotetan-dextr 2 g duplex bag **MO**	4	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial **MO**	4	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag **MO**	4	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet **MO**	4	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp **MO**	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg tablet **MO**	3	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial **MO**	4	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback **MO**	4	
ceftriaxone 1 gm add-vant vial; ceftriaxone 1 gm vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm add vial; ceftriaxone 2 gm vial **MO**	3	
ceftriaxone 1 gm-d5w bag; ceftriaxone 2 gm-d5w bag **MO**	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab **MO**	3	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial **MO**	3	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cephalexin 250 mg, 500 mg capsule MO	2	
chloramphen na succ 1 gm vl MO	3	
CILOXAN 0.3 % EYE OINTMENT MO	4	
ciprofloxacin 0.2% otic soln MO	4	
ciprofloxacin 0.3% eye drop MO	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg tab MO	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 500 mg, 750 mg tab MO	1	
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w; ciprofloxacin 400 mg/200ml-d5w MO	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus MO	4	
clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet MO	3	
clarithromycin er 500 mg tab MO	3	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY MO	4	
CLINDAGEL 1 % TOPICAL GEL, ONCE DAILY DL	5	AP
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule MO	2	
clindamycin 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml-ns MO	4	B vs D
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml MO	4	
clindamycin 75 mg/5 ml soln MO	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution MO	4	
clindamycin 1 %, 150 mg/ml, 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml addvan; clindamycin ph 1% solution; clindamycin ph 600 mg/4 ml vl MO	3	
clindamycin 2% vaginal cream MO	4	
clindamycin ph 1% gel MO	4	
clindamycin phos 1% pledget MO	2	
clindamycin phosp 1% lotion MO	4	
clindamycin phosphate 1% gel MO	4	AP
colistimethate 150 mg vial MO	4	
daptomycin 350 mg, 500 mg vial DL	5	
demeclocycline 150 mg tablet MO	4	LC (240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg tablet MO	4	LC (120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule MO	2	
DIFICID 200 MG TABLET DL	5	LC (20 cada 10 días)
doripenem 250 mg, 500 mg vial MO	4	
doxy-100 100 mg intravenous solution MO	4	
doxycycline hyclate 100 mg tab MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg vl MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap **MO**	3	
doxycycline hyclate 20 mg tab **MO**	2	
doxycycline 25 mg/5 ml susp **MO**	4	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg cap **MO**	2	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet **MO**	3	
ertapenem 1 gram vial **DL**	5	
ery pads 2 % topical swab **MO**	3	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
erythromycin 0.5% eye ointment **MO**	2	
erythromycin dr 250 mg cap **MO**	4	
erythromycin 2% pledgets **MO**	3	
erythromycin 2% solution **MO**	2	
gatifloxacin 0.5% eye drops **MO**	4	LC (2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment **MO**	2	
gentamicin 0.1% cream **MO**	3	
gentamicin 0.1% ointment **MO**	3	
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml vial; gentamicin 80 mg/2 ml vial **MO**	2	
gentamicin 3 mg/ml eye drop **MO**	2	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 100 mg/50 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; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 100 mg/50 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 **MO**	2	
gentamicin ped 20 mg/2 ml vial **MO**	2	
gentamicin 10 mg/ml vial **MO**	2	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg vl **MO**	4	
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 500 mg/20 ml vial **MO**	4	
levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet **MO**	2	
levofloxacin 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-d5w **MO**	3	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl **MO**	4	
linezolid 100 mg/5 ml susp **DL**	5	LC (1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
linezolid 600 mg/300 ml-d5w **MO**	4	
linezolid 600mg/300ml-0.9%nacl **MO**	4	
mafenide acetate 50 gm powd pk **MO**	4	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 MO	4	
methenamine hipp 1 gm tablet MO	4	
metronidazole 0.75% cream MO	4	
metronidazole 0.75% lotion MO	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet MO	2	
metronidazole top 1% gel pump; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel; metronidazole vaginal 0.75% gl MO	4	
metronidazole 500 mg/100 ml MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule MO	2	
moxifloxacin 0.5% eye drops MO	3	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet MO	3	
mupirocin 2% ointment MO	2	
nafcillin 1 gm add-van vial; nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm bulk vial; nafcillin 2 gm add-vant vial; nafcillin 2 gm vial MO	4	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj; nafcillin 2 gm/ 100 ml inj DL	5	
neomycin 500 mg tablet MO	3	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp MO	4	LC (2400 cada 30 días)
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap MO	4	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg MO	4	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG-7 DAY WITH LOAD DL	5	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG TABLET-7 DAY DL	5	LC (30 cada 14 días)
ofloxacin 0.3% ear drops MO	3	
ofloxacin 0.3% eye drops MO	2	
ofloxacin 300 mg tablet MO	4	LC (60 cada 30 días)
ofloxacin 400 mg tablet MO	4	
ORBACTIV 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	LC (3 cada 28 días)
oxacillin 1 gm add-vantage vl; oxacillin 1 gm vial; oxacillin 2 gm add-vantage vl; oxacillin 2 gm vial MO	4	
oxacillin 10 gm vial DL	5	
oxacillin 1 gm/ 50 ml inj; oxacillin 2 gm/ 50 ml inj MO	4	
paromomycin 250 mg capsule MO	4	
pen g k 1 million unit/50 ml DL	5	
pen g k 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml MO	4	
penicillin gk 20 million unit MO	4	
penicillin gk 5 million unit DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pen g 1.2 million unit/2 ml **MO**	4	
penicillin g 600,000 unit/1 ml **DL**	5	
penicillin g na 5 million unit **DL**	5	
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln **MO**	2	
penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet **MO**	2	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection **MO**	4	
piperacil-tazobact 13.5 gm vl; piperacil-tazobact 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram; piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial **MO**	4	
polymyxin b sulfate vial **MO**	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION **MO**	4	
silver sulfadiazine 1% cream **MO**	2	
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	LC (6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET **DL**	5	LC (6 cada 28 días)
SSD 1 % TOPICAL CREAM **MO**	2	
streptomycin sulf 1 gm vial **DL**	5	
sulfacetamide 10% eye drops **MO**	2	
sulfacetamide 10% eye ointment **MO**	3	
sulfacetamide sod 10% top susp **MO**	4	
sulfadiazine 500 mg tablet **MO**	4	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp ss tablet **MO**	1	
sulfamethoxazole-tmp iv vial **MO**	4	
sulfamethoxazole-tmp susp **MO**	4	
SUPRAX 400 MG CAPSULE **MO**	4	
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
tigecycline 50 mg vial **DL**	5	
tinidazole 250 mg, 500 mg tablet **MO**	3	
tobramycin 0.3% eye drop **MO**	2	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule **DL**	5	AP
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial **MO**	2	
trimethoprim 100 mg tablet **MO**	2	
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg vial; vancomycin hcl 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg vial; vancomycin hcl 10 gm vial; vancomycin hcl 5 gm vial **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
vancomycin hcl 125 mg capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg capsule **DL**	5	LC (240 cada 30 días)
vanco 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-0.9% nacl; vancomycin 1 g/200ml-0.9% nacl **MO**	4	
vancomycin 1 gram/200 ml, 750 mg/150 ml bag; vancomycin hcl 1g/200 ml bag **MO**	4	
vancomycin 1.25 gm/250 ml bag; vancomycin 1.25 gram/250 ml, 1.75 gram/350 ml, 750 mg/150 ml bag; vancomycin 1.75 gm/350 ml bag **MO**	4	
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BANZEL 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP,LC (2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	AP,LC (600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	AP
carbamazepine 100 mg tab chew **MO**	3	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp **MO**	4	
carbamazepine 200 mg tablet **MO**	3	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg tablet **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg cap **MO**	4	
carbamazepine er 400 mg tablet **MO**	4	LC (225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE **MO**	4	
clobazam 10 mg, 20 mg tablet **DL**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
clobazam 2.5 mg/ml suspension **DL**	4	AP,LC (480 cada 30 días)
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT **DL**	4	
diazepam 10 mg rectal gel syst; diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg rectal gel sys; diazepam 20 mg rectal gel syst **DL**	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE **MO**	4	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE **MO**	4	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET **MO**	4	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION **MO**	4	
divalproex dr 125 mg cap sprnk **MO**	3	
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab **MO**	4	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	AP
epitol 200 mg tablet **MO**	3	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE **MO**	4	
ethosuximide 250 mg capsule **MO**	4	
ethosuximide 250 mg/5 ml soln **MO**	4	
felbamate 400 mg, 600 mg tablet **MO**	4	
felbamate 600 mg/5 ml susp **DL**	5	
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	AP,LC (360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml vl **MO**	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP,LC (680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule **MO**	2	LC (270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln; gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) soln; gabapentin 300 mg/6 ml soln **MO**	4	LC (2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet **MO**	2	LC (180 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet **MO**	1	
lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tablet **MO**	2	
lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg tablet **MO**	4	
lamotrigine odt 100 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14) tablet; lamotrigine odt kit (blue); lamotrigine odt kit (green); lamotrigine odt kit (orange) **MO**	4	
lamotrigine tab start kit-blue; lamotrigine tab start kt-green; lamotrigine tab start kt-orang **MO**	2	
levetiracetam 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet **MO**	2	
levetiracetam 100 mg/ml soln **MO**	2	
levetiracetam 250 mg tablet **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml soln **MO**	4	LC (900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml vial **MO**	4	
levetiracetam er 500 mg tablet **MO**	3	LC (180 cada 30 días)
levetiracetam er 750 mg tablet **MO**	3	LC (120 cada 30 días)
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 **MO**	2	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY **DL**	4	LC (10 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp MO	4	
oxcarbazepine 600 mg tablet MO	3	
PEGANONE 250 MG TABLET MO	4	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet MO	3	LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet MO	3	LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix MO	4	LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet MO	3	LC (300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	4	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp MO	2	
phenytoin 50 mg tablet chew MO	2	
phenytoin 50 mg/ml syringe MO	4	
phenytoin 50 mg/ml vial MO	4	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap MO	2	
primidone 250 mg, 50 mg tablet MO	2	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet MO	2	
roweepra xr 500 mg tablet,extended release MO	3	LC (180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg tablet,extended release MO	3	LC (120 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION MO	4	TP,LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION MO	4	TP,LC (360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION MO	4	TP,LC (180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION MO	4	TP,LC (120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet MO	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack MO	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack MO	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack MO	2	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG ORAL FILM DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
tiagabine hcl 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg tablet MO	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet MO	2	LC (120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap MO	2	
topiramate 25 mg tablet MO	2	LC (90 cada 30 días)
valproate sod 500 mg/5 ml vl MO	2	
valproic acid 250 mg capsule MO	2	
valproic acid 250 mg/5 ml soln; valproic acid 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) soln; valproic acid 500 mg/10 ml sol MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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) NASAL SPRAY; VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY **DL**	5	LC (10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg powder packt **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg tablet **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg oral powder packet **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION **MO**	4	LC (1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLETS; XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK **MO**	4	AP,LC (28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK; XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule **MO**	2	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil hcl 10 mg tablet **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml oral soln **MO**	4	LC (200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
memantine 5-10 mg titration pk **MO**	2	AP,LC (98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet **MO**	2	AP,LC (60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution **MO**	4	AP,LC (360 cada 30 días)
memantine hcl er 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg capsule **MO**	4	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,EXTEND RELEASE,DOSE PACK **MO**	3	LC (28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24hr ptch; rivastigmine 4.6 mg/24hr patch; rivastigmine 9.5 mg/24hr patch **MO**	4	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule MO	4	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule MO	4	LC (60 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab MO	2	AP
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	3	
bupropion hcl 100 mg, 75 mg tablet MO	3	LC (180 cada 30 días)
bupropion hcl sr 100 mg tablet MO	3	LC (120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet MO	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg tablet MO	3	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln MO	3	
citalopram hbr 20 mg tablet MO	1	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule MO	4	AP
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet MO	4	AP
desvenlafaxine succnt er 100 mg, 25 mg, 50 mg; desvenlafaxine succnt er 100mg MO	3	LC (30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE MO	4	AP,LC (60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg cap MO	2	LC (60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH DL	5	LC (30 cada 30 días)
escitalopram 10 mg tablet MO	1	LC (45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg, 5 mg tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml MO	4	LC (600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE MO	4	AP,LC (30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK MO	4	AP,LC (28 cada 28 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml solution MO	2	
fluoxetine dr 90 mg capsule MO	4	LC (4 cada 28 días)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule MO	1	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule MO	1	LC (120 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab MO	2	LC (90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	3	AP
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap MO	4	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet **MO**	3	
MARPLAN 10 MG TABLET **MO**	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg odt **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet **MO**	2	LC (180 cada 30 días)
nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet **MO**	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml soln **MO**	4	AP
nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap **MO**	4	AP
olanzapine-fluoxetine 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
paroxetine er 12.5 mg, 37.5 mg tablet **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
paroxetine er 25 mg tablet **MO**	4	AP,LC (90 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet **MO**	2	AP,LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet **MO**	2	AP,LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION **MO**	4	AP
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab **MO**	4	AP
phenelzine sulfate 15 mg tab **MO**	3	
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet **MO**	4	AP
sertraline 20 mg/ml oral conc **MO**	3	
sertraline hcl 100 mg tablet **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg tablet **MO**	1	LC (90 cada 30 días)
sertraline hcl 50 mg tablet **MO**	1	LC (120 cada 30 días)
tranylcypromine sulf 10 mg tab **MO**	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg tablet **MO**	1	
trazodone 300 mg tablet **MO**	3	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp **MO**	4	AP
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET **MO**	4	TP,LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet **MO**	2	
venlafaxine hcl er 150 mg cap **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 20 MG, 40 MG TABLET **MO**	4	AP,LC (30 cada 30 días)
ZULRESSO 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (100 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg, 40 mg capsule **MO**	4	B vs D,LC (2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack **MO**	4	B vs D,LC (6 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule **MO**	4	B vs D,LC (4 cada 28 días)
compro 25 mg rectal suppository **MO**	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule **MO**	4	B vs D,LC (120 cada 30 días)
droperidol 5 mg/2 ml vial **MO**	3	
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial; granisetron hcl 1 mg/ml vial **MO**	3	
granisetron hcl 1 mg tablet **MO**	3	B vs D,LC (28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml vial; granisetron hcl 4 mg/4 ml vial **MO**	3	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet **MO**	2	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet **MO**	1	
metoclopramide 10 mg/2 ml syr **MO**	2	
metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml soln **MO**	2	
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet **MO**	2	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron 4 mg/5 ml solution **MO**	4	B vs D,LC (450 cada 30 días)
ondansetron 40 mg/20 ml vial **MO**	3	
ondansetron hcl 24 mg tablet **MO**	2	B vs D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet **MO**	2	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr **MO**	3	
ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial **MO**	3	
prochlorperazine 25 mg supp **MO**	4	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl **MO**	4	
prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet **MO**	1	B vs D
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet **MO**	4	AP
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH **MO**	4	LC (4 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch **MO**	3	LC (10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg cap **MO**	4	B vs D
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION **DL**	5	B vs D
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION **DL**	5	B vs D
amphotericin b 50 mg vial **MO**	4	B vs D
caspofungin acetate 50 mg, 70 mg vial **DL**	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ciclodan 8 % topical solution **MO**	2	
ciclopirox 0.77% cream **MO**	2	
ciclopirox 0.77% gel **MO**	4	
ciclopirox 0.77% topical susp **MO**	3	
ciclopirox 8% solution **MO**	2	
clotrimazole 1% solution **MO**	3	
clotrimazole 1% topical cream **MO**	2	
clotrimazole 10 mg troche **MO**	2	
clotrimazole-betamethasone crm **MO**	3	
clotrimazole-betamethasone lot **MO**	4	LC (90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
econazole nitrate 1% cream **MO**	4	
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
ERAXIS(WATER DILUENT) 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp **MO**	3	
fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet **MO**	2	
fluconazole-nacl 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml **MO**	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule **DL**	5	
griseofulvin 125 mg/5 ml susp **MO**	4	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab **MO**	4	
itraconazole 100 mg capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
ketoconazole 2% cream **MO**	3	
ketoconazole 2% shampoo **MO**	2	
ketoconazole 200 mg tablet **MO**	3	
micafungin 100 mg, 50 mg vial **DL**	5	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository **MO**	3	
MYCAMINE 100 MG, 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION **MO**	4	
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE **DL**	5	AP,LC (93 cada 30 días)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP,LC (840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder **MO**	2	
nystatin 100,000 unit/gm cream **MO**	2	
nystatin 100,000 unit/gm oint **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nystatin 100,000 unit/gm powd MO	2	
nystatin 100,000 unit/ml susp MO	2	
nystatin 500,000 unit oral tab MO	3	
nystatin-triamcinolone cream MO	4	
nystatin-triamcinolone ointm MO	4	
nystop 100,000 unit/gram topical powder MO	2	
posaconazole 200 mg/5 ml susp DL	5	AP,LC (840 cada 28 días)
posaconazole dr 100 mg tablet DL	5	AP,LC (93 cada 30 días)
terbinafine hcl 250 mg tablet MO	1	
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream MO	2	
terconazole 80 mg suppository MO	4	
voriconazole 200 mg vial DL	5	AP
voriconazole 200 mg, 50 mg tablet DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
voriconazole 40 mg/ml susp DL	5	AP,LC (400 cada 30 días)
AGENTES PARA LA GOTA		
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet MO	1	
COLCRYS 0.6 MG TABLET MO	3	LC (120 cada 30 días)
probenecid 500 mg tablet MO	3	
probenecid-colchicine tablet MO	3	
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 1 mg/ml amp DL	5	
dihydroergotamine 4 mg/ml spry DL	5	LC (8 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100mg tb MO	4	
frovatriptan succ 2.5 mg tab MO	4	TP,LC (12 cada 30 días)
naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet MO	2	LC (9 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg odt MO	3	LC (12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg tablet MO	2	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray MO	4	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml cart MO	4	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml inject MO	4	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng MO	4	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial MO	4	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	1	LC (9 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
guanidine hcl 125 mg tablet **MO**	3	
pyridostigmine br 30 mg, 60 mg tablet **MO**	3	
ANTIMICOBACTERIANOS		
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION **MO**	4	
cycloserine 250 mg capsule **DL**	5	
dapsone 100 mg, 25 mg tablet **MO**	3	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet **MO**	3	
isoniazid 100 mg, 300 mg tablet **MO**	1	
isoniazid 100 mg/ml vial **MO**	1	
isoniazid 50 mg/5 ml solution **MO**	4	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE 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 iv 600 mg vial **DL**	5	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET **MO**	4	
SIRTURO 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG TABLET **MO**	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone acetate 250 mg tab **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION **DL**	5	AP
ADCETRIS 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
adriamycin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml intravenous solution **MO**	4	B vs D
ADRIAMYCIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ALIQOPA 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG, 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET; ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
amifostine 500 mg vial **DL**	5	B vs D
anastrozole 1 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
arsenic trioxide 10 mg/10ml vl; arsenic trioxide 12 mg/6 ml vl **DL**	5	AP
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (400 cada 28 días)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
BALVERSA 3 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
bexarotene 75 mg capsule **DL**	5	AP,LC (300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
BLENREP 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial **MO**	3	B vs D
bortezomib 3.5 mg vial **DL**	5	AP
BOSULIF 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml vial **MO**	4	B vs D
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
carboplatin 50 mg/5 ml vial **MO**	3	B vs D
carmustine 100 mg vial **MO**	4	B vs D
cisplatin 100 mg/100 ml vial **MO**	4	B vs D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cladribine 10 mg/10 ml vial **DL**	5	B vs D
clofarabine 20 mg/20 ml vial **DL**	5	B vs D
CLOLAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	B vs D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES **DL**	5	AP,LC (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES **DL**	5	AP,LC (84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	B vs D
COTELLIC 20 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial **MO**	4	B vs D
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL **MO**	4	B vs D
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule **MO**	3	B vs D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
cytarabine 20 mg/ml vial **MO**	1	B vs D
cytarabine 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml vial; cytarabine 100 mg/5 ml vial; cytarabine 2 g/20 ml vial **MO**	1	B vs D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial **MO**	4	B vs D
dactinomycin 0.5 mg vial **DL**	5	B vs D
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
daunorubicin 20 mg/4 ml vial **MO**	1	B vs D
DAURISMO 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
decitabine 50 mg vial **DL**	5	AP
dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial **MO**	4	B vs D
DOCEFREZ 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
DOCEFREZ 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	B vs D
docetaxel 160 mg/16 ml vial; docetaxel 160 mg/8 ml vial; docetaxel 20 mg/2 ml vial; docetaxel 20 mg/ml vial; docetaxel 200 mg/10 ml vial; docetaxel 80 mg/4 ml vial; docetaxel 80 mg/8 ml vial **MO**	4	B vs D
doxorubicin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial **MO**	4	B vs D
doxorubicin liposome 20mg/10ml **DL**	5	AP
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE **MO**	3	
ELZONRIS 1,000 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	5	AP,LC (10 cada 21 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ENHERTU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; epirubicin hcl 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial MO	4	B vs D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
erlotinib hcl 100 mg, 150 mg tablet DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
erlotinib hcl 25 mg tablet DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION DL	5	AP
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
etoposide 100 mg/5 ml vial MO	3	B vs D
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
exemestane 25 mg tablet MO	4	LC (60 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (6 cada 21 días)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
floxuridine 500 mg vial MO	1	B vs D
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial MO	4	B vs D
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml vial; fluorouracil 1,000 mg/20 ml vl; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vl; fluorouracil 5,000 mg/100 ml MO	4	B vs D
flutamide 125 mg capsule MO	4	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
fulvestrant 250 mg/5 ml syring DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (120 cada 28 días)
gemcitabine 1 gram/26.3 ml vl; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vl; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vl; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) vial MO	4	B vs D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE MO	4	AP
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	5	AP
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HERCEPTIN 150 MG, 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION; HERCEPTIN 150 MG, 440 MG VIAL DL	5	AP
HERCEPTIN HYLECTA 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (5 cada 21 días)
hydroxyurea 500 mg capsule MO	2	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vl DL	5	B vs D
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/60 ml vial MO	3	B vs D
imatinib mesylate 100 mg tab DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
imatinib mesylate 400 mg tab DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
IMFINZI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	5	AP,LC (4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET DL	5	AP,LC (5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial; irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vl MO	4	B vs D
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
KANJINTI 150 MG, 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
KEYTRUDA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	5	AP,LC (21 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET **DL**	5	AP,LC (42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET **DL**	5	AP,LC (63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (12 cada 28 días)
LARTRUVO 500 MG/50 ML VIAL **DL**	5	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (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; LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE; LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE **DL**	5	AP,LC (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	AP,LC (60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
leucovorin cal 500 mg/50 ml vl; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vial; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vl **MO**	2	B vs D
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab **MO**	2	
LEUKERAN 2 MG TABLET **DL**	5	
levoleucovorin 10 mg/ml, 175 mg vial; levoleucovorin 175 mg/17.5 ml **DL**	5	AP
levoleucovorin 50 mg vial **MO**	4	AP
LEVULAN 20 % TOPICAL SOLUTION **MO**	4	
LIBTAYO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (7 cada 21 días)
lipodox 2 mg/ml vial **DL**	5	AP
lipodox 50 2 mg/ml vial **DL**	5	AP
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT DL	5	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	5	
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
melphalan 2 mg tablet MO	4	B vs D
melphalan hcl 50 mg vial MO	1	B vs D
mercaptopurine 50 mg tablet MO	3	
MESNEX 400 MG TABLET DL	5	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial MO	4	B vs D
mitoxantrone 30 mg/15 ml vial MO	3	B vs D
MUSTARGEN 10 MG VIAL MO	4	B vs D
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
MVASI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
NERLYNX 40 MG TABLET DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg tablet DL	5	LC (60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	B vs D
NUBEQA 300 MG TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
OGIVRI 150 MG, 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION DL	5	AP
ONIVYDE 4.3 MG/ML INTRAVENOUS DISPERSION DL	5	AP
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	5	AP,LC (14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (40 cada 28 días)
OPDIVO 240 MG/24 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (16 cada 28 días)
oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial MO	4	B vs D
paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial MO	3	B vs D
PADCEV 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL DL	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
paraplatin 10 mg/ml intravenous solution **MO**	3	B vs D
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (14 cada 21 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET; PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	LC (300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS **DL**	5	AP
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (13.4 cada 28 días)
romidepsin 10 mg kit **DL**	5	AP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL **DL**	5	AP
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS **DL**	5	AP
RYDAPT 25 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (16 cada 28 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML ORAL SOLUTION **DL**	5	
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (84 cada 28 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET **DL**	5	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (112 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
TALZENNA 1 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet **MO**	2	
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL **DL**	5	AP
TARGRETIN 75 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (27 cada 30 días)
temsirolimus 25 mg vial **DL**	5	AP,LC (8 cada 28 días)
teniposide 50 mg/5 ml ampule **MO**	4	B vs D
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg vial **DL**	5	B vs D
thiotepa 15 mg vial **MO**	1	B vs D
TIBSOVO 250 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
topotecan hcl 1 mg/ml (1 ml), 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 1 mg/ml vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial **DL**	5	B vs D
toremifene citrate 60 mg tab **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
TRAZIMERA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
TREANDA 100 MG, 25 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION **DL**	5	AP
tretinoin 10 mg capsule **DL**	5	
TRISENOX 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
TRODELVY 180 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
TRUXIMA 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS **DL**	5	AP
TUKYSA 150 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (300 cada 30 días)
TURALIO 200 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TYKERB 250 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL **DL**	5	AP,LC (60 cada 28 días)
valrubicin 200 mg/5 ml vial **DL**	5	AP,LC (80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML INTRAVESICAL SOLUTION **DL**	5	AP,LC (80 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION **DL**	5	AP
VENCLEXTA 10 MG TABLET **MO**	3	AP,LC (56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET **MO**	3	AP,LC (28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK **DL**	5	AP,LC (42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml vial **MO**	3	B vs D
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution **MO**	3	B vs D
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial **MO**	3	B vs D
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial **MO**	4	B vs D
VITRAKVI 100 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	AP,LC (300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (20 MG X 5) TABLET **DL**	5	AP,LC (20 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY (80 MG/WEEK) (20 MG X 4) TABLET; XPOVIO 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4) TABLET **DL**	5	AP,LC (16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (20 MG X 2) TABLET **DL**	5	AP,LC (8 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET **DL**	5	AP,LC (24 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (20 MG X 3) TABLET **DL**	5	AP,LC (12 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET **DL**	5	AP,LC (32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
ZEJULA 100 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ZIRABEV 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ZOLINZA 100 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (150 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (150 cada 30 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg tablet **DL**	5	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	LC (150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET **DL**	5	LC (40 cada 30 días)
atovaquone 750 mg/5 ml susp **DL**	5	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 **MO**	4	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet **MO**	4	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET **MO**	4	LC (24 cada 30 días)
DARAPRIM 25 MG TABLET **DL**	5	LC (90 cada 30 días)
hydroxychloroquine 200 mg tab **MO**	1	
ivermectin 3 mg tablet **MO**	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET **MO**	3	LC (4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET **MO**	4	
lindane 1% shampoo **MO**	4	
malathion 0.5% lotion **MO**	4	
mefloquine hcl 250 mg tablet **MO**	2	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION **MO**	4	B vs D
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION **MO**	4	
pentamidine 300 mg inhal powdr **MO**	4	B vs D
pentamidine 300 mg vial **MO**	4	
permethrin 5% cream **MO**	3	
praziquantel 600 mg tablet **MO**	4	
primaquine 26.3 mg tablet **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pyrimethamine 25 mg tablet **DL**	5	LC (90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg capsule **MO**	4	AP,LC (42 cada 7 días)
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine 100 mg capsule **MO**	4	
amantadine 50 mg/5 ml solution **MO**	3	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **DL**	5	LC (84 cada 28 días)
benztropine 2 mg/2 ml ampule **MO**	4	AP
benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet **MO**	2	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet **MO**	4	
carbidopa-levo 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg odt **MO**	4	
carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab **MO**	3	
carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab **MO**	2	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta; carbidopa-levodopa 125 mg-enta; carbidopa-levodopa 150 mg-enta; carbidopa-levodopa 50 mg-enta; carbidopa-levodopa 75 mg-enta **MO**	4	LC (240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa 200 mg-enta **MO**	4	
entacapone 200 mg tablet **MO**	3	LC (300 cada 30 días)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet **MO**	2	
rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg tab **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg, 3 mg tablet **MO**	2	LC (180 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl 4 mg tablet **MO**	2	
ropinirole hcl 5 mg tablet **MO**	2	LC (144 cada 30 días)
RYTARY 23.75 MG-95 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE; RYTARY 48.75 MG-195 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE **MO**	4	TP,LC (360 cada 30 días)
RYTARY 36.25 MG-145 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE **MO**	4	TP,LC (270 cada 30 días)
RYTARY 61.25 MG-245 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE **MO**	4	TP,LC (300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg capsule **MO**	3	
selegiline hcl 5 mg tablet **MO**	3	
STALEVO 100 25 MG-100 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
STALEVO 125 31.25 MG-125 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
STALEVO 150 37.5 MG-150 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
STALEVO 200 50 MG-200 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
STALEVO 50 12.5 MG-50 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
STALEVO 75 18.75 MG-75 MG-200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet **MO**	3	AP
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx **MO**	3	AP
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml solution **DL**	5	LC (750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
aripiprazole odt 10 mg, 15 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	5	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE **DL**	5	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE **DL**	5	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE **DL**	5	LC (3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE **DL**	5	LC (2.4 cada 42 días)
CAPLYTA 42 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet **MO**	4	B vs D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet **MO**	4	
chlorpromazine 25 mg/ml amp **MO**	4	
clozapine 100 mg tablet **MO**	3	LC (270 cada 30 días)
clozapine 200 mg tablet **MO**	3	LC (135 cada 30 días)
clozapine 25 mg tablet **MO**	3	LC (1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg tablet **MO**	3	
clozapine odt 100 mg tablet **MO**	4	AP,LC (270 cada 30 días)
clozapine odt 12.5 mg tablet **MO**	4	AP
clozapine odt 150 mg tablet **MO**	4	AP,LC (180 cada 30 días)
clozapine odt 200 mg tablet **MO**	4	AP,LC (135 cada 30 días)
clozapine odt 25 mg tablet **MO**	4	AP,LC (1080 cada 30 días)
FANAPT 1 MG, 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
FANAPT 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml **MO**	4	
fluphenazine 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet **MO**	4	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
fluphenazine 2.5 mg/ml vial **MO**	4	
fluphenazine 5 mg/ml conc **MO**	4	
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet **MO**	2	
haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml amp; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp **MO**	4	
haloperidol lac 2 mg/ml conc **MO**	2	
haloperidol lac 5 mg/ml syring **MO**	2	
haloperidol lac 5 mg/ml vial **MO**	2	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **DL**	5	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (0.87 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (1.31 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (2.62 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule **MO**	2	
molindone hcl 10 mg tablet **MO**	4	AP,LC (240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg tablet **MO**	4	AP,LC (270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg tablet **MO**	4	AP,LC (360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
NUPLAZID 17 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg vial **MO**	3	
olanzapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg tablet **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
olanzapine odt 10 mg, 5 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
olanzapine odt 15 mg, 20 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet **MO**	4	AP,LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PERSERIS 120 MG, 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXTEND RELEASE SUSP SYRINGE KIT **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg tablet **MO**	4	
quetiapine er 150 mg tablet **MO**	3	LC (90 cada 30 días)
quetiapine er 200 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
quetiapine er 300 mg, 400 mg tablet **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
quetiapine er 50 mg tablet **MO**	3	LC (120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab **MO**	2	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab **MO**	2	LC (120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE **MO**	4	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE **DL**	5	LC (2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg odt **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg tablet **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg odt **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet **MO**	1	LC (120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml solution **MO**	2	
SAPHRIS 10 MG, 2.5 MG, 5 MG SUBLINGUAL TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet **MO**	3	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule **MO**	4	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet **MO**	3	
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP,LC (540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK **MO**	4	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone 20 mg/ml vial **MO**	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	4	LC (4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION **DL**	5	LC (2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION **DL**	5	LC (1 cada 28 días)
AGENTES ANTIESPASMÓDICOS		
baclofen 10 mg, 20 mg tablet **MO**	2	
baclofen 5 mg tablet **MO**	2	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dantrolene sodium 100 mg, 50 mg cap **MO**	4	
dantrolene sodium 25 mg cap **MO**	3	
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet **MO**	1	
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml solution **MO**	4	LC (960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg capsule **MO**	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg tablet **MO**	2	
acyclovir 5% ointment **MO**	4	AP
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 1 gm vial; acyclovir sodium 1,000 mg, 50 mg/ml, 500 mg vial **MO**	4	B vs D
adefovir dipivoxil 10 mg tab **DL**	5	
APTIVUS 250 MG CAPSULE **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
APTIVUS (WITH VITAMIN E) 100 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	LC (285 cada 28 días)
atazanavir sulfate 150 mg, 200 mg cap **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg cap **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION **MO**	4	LC (630 cada 30 días)
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
cidofovir 375 mg/5 ml vial **MO**	4	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE **MO**	3	LC (450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE **MO**	4	LC (270 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
didanosine dr 125 mg capsule **MO**	4	LC (90 cada 30 días)
didanosine dr 200 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg capsule **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg capsule **MO**	4	LC (480 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
efavirenz 600 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
efavir-emtri-tenof 600-200-300 **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 400-300-300; efavir-lamiv-tenof 600-300-300 **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg capsule **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 200-300mg **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION **MO**	4	LC (680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION **MO**	4	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet **MO**	3	LC (90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg tablet **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
ganciclovir 50 mg/ml, 500 mg vial; ganciclovir 500 mg/10 ml vial **DL**	5	B vs D
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET; HARVONI 90 MG-400 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
INTELENCE 100 MG TABLET **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION; INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML SOLUTION FOR INJECTION **DL**	5	AP
INVIRASE 500 MG TABLET **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET **DL**	5	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET **MO**	3	LC (300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET **MO**	4	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET **MO**	4	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET **DL**	5	LC (150 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lamivudine 10 mg/ml oral soln **MO**	3	LC (900 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg tablet **MO**	3	LC (90 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION **MO**	4	LC (1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml **MO**	4	
nevirapine 200 mg tablet **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp **MO**	4	LC (1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET **MO**	4	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG TABLET **MO**	4	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION **MO**	4	LC (480 cada 30 días)
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
oseltamivir 6 mg/ml suspension **MO**	4	LC (1440 cada 365 días)
oseltamivir phos 30 mg capsule **MO**	2	LC (224 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg, 75 mg capsule **MO**	2	LC (112 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	LC (360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET **MO**	4	LC (240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET **MO**	4	LC (480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION **MO**	4	LC (60 cada 180 días)
RESCRIPTOR 100 MG TABLET **MO**	4	LC (360 cada 30 días)
RESCRIPTOR 200 MG TABLET **MO**	4	LC (180 cada 30 días)
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET **MO**	4	
RIBASPHERE RIBAPAK 600-400 MG; RIBASPHERE RIBAPAK 600-600 MG **DL**	5	
ribavirin 200 mg capsule **MO**	3	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet **MO**	3	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 6 gm inhalation vial **DL**	5	B vs D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
rimantadine hcl 100 mg tablet **MO**	4	
ritonavir 100 mg tablet **MO**	3	LC (360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
SELZENTRY 150 MG TABLET **DL**	5	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	LC (1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET **MO**	4	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
sofosbuvir-velpatasvir 400-100 **DL**	5	AP,LC (28 cada 28 días)
stavudine 15 mg, 20 mg capsule **MO**	3	LC (120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg capsule **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
SUSTIVA 600 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG KIT; SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT **DL**	5	AP,LC (4 cada 28 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
tenofovir disop fum 300 mg tb **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION **DL**	5	LC (180 cada 30 días)
trifluridine 1% eye drops **MO**	3	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET **DL**	5	LC (30 cada 30 días)
TYBOST 150 MG TABLET **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet **MO**	3	LC (90 cada 30 días)
valganciclovir 450 mg tablet **DL**	5	LC (120 cada 30 días)
valganciclovir hcl 50 mg/ml **DL**	5	LC (1056 cada 30 días)
VIDEX 2 GM PEDIATRIC SOLN **MO**	4	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX 4 GM PEDIATRIC SOLN **MO**	4	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX EC 125 MG CAPSULE **MO**	4	LC (90 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET **DL**	5	LC (300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET **DL**	5	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VIRAMUNE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION DL	5	LC (1200 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER DL	5	LC (240 cada 30 días)
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG, 40 MG TABLET MO	4	LC (10 cada 365 días)
zidovudine 100 mg capsule MO	4	LC (180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet MO	2	LC (60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup MO	3	LC (1680 cada 28 días)
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL MO	4	LC (5 cada 30 días)
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg tablet DL	2	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet DL	2	LC (150 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet MO	2	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg odt DL	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet DL	3	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet DL	4	
diazepam 10 mg tablet DL	3	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet DL	3	LC (90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution DL	4	LC (1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc DL	4	LC (240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate DL	4	LC (240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule MO	4	AP
doxepin 10 mg/ml oral conc MO	4	AP
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln MO	3	
hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet DL	2	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet DL	2	LC (150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml oral concent DL	3	LC (150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate DL	3	LC (150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule DL	4	
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap MO	1	
lithium carbonate 300 mg tab MO	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb **MO**	2	
lithium 8 meq/5 ml solution **MO**	3	
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet **MO**	2	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY **MO**	3	
BYDUREON 2 MG VIAL **MO**	4	LC (4 cada 28 días)
BYDUREON 2 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	4	LC (4 cada 28 días)
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **MO**	4	LC (3.4 cada 28 días)
diazoxide 50 mg/ml oral susp **MO**	4	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN **MO**	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **MO**	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	3	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet **MO**	1	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet **MO**	1	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet **MO**	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg **MO**	1	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION **MO**	3	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet **MO**	2	
glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg tab; glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg tablet **MO**	2	
glyburid-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg; glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg **MO**	2	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **MO**	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **MO**	3	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	3	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN **DL**	5	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS **DL**	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE MO	3	LC (60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	3	LC (30 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE MO	3	LC (30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE MO	3	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	3	LC (30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	3	LC (30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE MO	3	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE MO	3	LC (30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE MO	4	LC (60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE MO	4	LC (30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN MO	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN MO	3	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	3	
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet MO	1	
metformin hcl er 500 mg tablet MO	1	LC (120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet MO	1	LC (60 cada 30 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet MO	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS MO	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	3	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN MO	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN **MO**	3	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION **MO**	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS **MO**	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	3	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN **MO**	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG **MO**	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	3	
ONGLYZA 2.5 MG, 5 MG TABLET **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	3	LC (1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	3	LC (3 cada 28 días)
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION **MO**	4	
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet **MO**	3	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN **MO**	3	LC (15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **DL**	5	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **DL**	5	LC (10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN **MO**	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN **MO**	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN **MO**	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	3	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (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 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	3	LC (2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	3	LC (9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	3	LC (9 cada 30 días)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN **MO**	3	LC (15 cada 30 días)
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION **DL**	5	
aminocaproic acid 0.25 gram/ml **DL**	5	
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg tab **DL**	5	
anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg capsule **MO**	3	
aspirin-dipyridam er 25-200 mg **MO**	4	TP,LC (60 cada 30 días)
azacitidine 100 mg vial **DL**	5	AP
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg tablet **MO**	2	
clopidogrel 300 mg tablet **MO**	2	
clopidogrel 75 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
COUMADIN 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG TABLET **MO**	4	
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet **MO**	4	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET **MO**	3	LC (74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK **MO**	3	LC (74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml syringe **MO**	4	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml syr **MO**	4	LC (22.4 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml syr **MO**	4	LC (16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial **MO**	4	LC (84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr **MO**	4	LC (11.2 cada 28 días)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr **DL**	5	LC (24 cada 30 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr **MO**	4	LC (15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr **DL**	5	LC (12 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr **DL**	5	LC (18 cada 30 días)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
heparin 5,000 unit/ml carpujct **MO**	3	
heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 5,000 unit/ml vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 5,000 unit/ml vl **MO**	3	
heparin sod 20,000 unit/ml vl **MO**	4	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg **MO**	3	
heparin 2,000 unit/2 ml vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml **MO**	3	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml; heparin sod 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml syrg **MO**	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet **MO**	1	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE; NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR **DL**	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE **DL**	5	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE **DL**	5	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP,LC (22.4 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP,LC (14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP,LC (22.4 cada 30 días)
PRADAXA 110 MG, 150 MG, 75 MG CAPSULE **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET **DL**	5	AP,LC (360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PROMACTA 50 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION **MO**	4	AP,LC (14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP,LC (14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
warfarin sodium 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet **MO**	1	
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK **MO**	3	LC (51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE **DL**	5	AP,LC (7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE **DL**	5	AP,LC (11.2 cada 30 días)
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule **MO**	2	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet **MO**	4	
acetazolamide er 500 mg cap **MO**	3	
acetazolamide sod 500 mg vial **MO**	2	
adenosine 12 mg/4 ml vial **MO**	1	
adenosine 6 mg/2 ml syringe **MO**	1	
afeditab cr 30 mg, 60 mg tablet **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
aliskiren 150 mg, 300 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
amiloride hcl 5 mg tablet **MO**	3	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab **MO**	2	
amiodarone 150 mg/3 ml syringe **MO**	2	
amiodarone 900 mg/18 ml vial **MO**	2	
amiodarone hcl 100 mg tablet **MO**	4	
amiodarone hcl 200 mg tablet **MO**	2	
amiodarone hcl 400 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 10 mg tab **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 2.5 mg, 5 mg tab **MO**	1	
amlodipine-atorvast 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 **MO**	4	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet **MO**	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 **MO**	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet **MO**	1	
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet **MO**	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab **MO**	2	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET **MO**	3	LC (180 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab **MO**	2	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tab; bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tb **MO**	1	
bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet **MO**	2	
bumetanide 1 mg/4 ml vial **MO**	2	
BYSTOLIC 10 MG TABLET **MO**	3	LC (120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tab; candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tb **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg tablet **MO**	3	LC (135 cada 30 días)
captopril 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet **MO**	3	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet **MO**	3	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet **MO**	1	
carvedilol er 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg capsule **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet **MO**	2	
chlorothiazide sod 500 mg vial **MO**	2	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet **MO**	2	
cholestyramine packet; cholestyramine powder **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cholestyramine light 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet MO	3	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch MO	4	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet MO	1	
colestipol hcl granules MO	4	LC (1000 cada 30 días)
colestipol hcl granules packet MO	4	
colestipol micronized 1 gm tab MO	3	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	AP,LC (60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
DEMSER 250 MG CAPSULE DL	5	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg tablet; digoxin 250 mcg tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release MO	2	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 100 mg add-van vial MO	4	
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet MO	2	
diltiazem 125 mg/25 ml vial MO	2	
diltiazem 12hr er 120 mg cap MO	2	LC (90 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 60 mg, 90 mg cap MO	2	LC (180 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 120 mg, 180 mg, 240 mg cp; diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap MO	2	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 300 mg, 360 mg, 420 mg cp; diltiazem 24hr er 300 mg, 360 mg, 420 mg cap MO	2	LC (30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 120 mg, 180 mg, 240 mg cp MO	2	LC (60 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION MO	4	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg capsule MO	4	
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab MO	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tablet MO	1	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet MO	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml vial MO	2	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
eplerenone 25 mg, 50 mg tablet MO	4	
ethacrynate sodium 50 mg vial MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ezetimibe 10 mg tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg MO	3	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet MO	2	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 130 mg, 43 mg capsule MO	4	TP,LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule MO	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule MO	3	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab MO	3	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab MO	1	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab MO	2	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) solution; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet MO	1	
furosemide 40 mg/4 ml syringe MO	2	
gemfibrozil 600 mg tablet MO	1	LC (60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet MO	2	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	2	
hydralazine 20 mg/ml vial MO	4	
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb MO	1	
ibutilide fum 1 mg/10 ml vial MO	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet MO	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg tb MO	1	LC (60 cada 30 días)
irbesartan-hctz 300-12.5 mg tb MO	1	LC (30 cada 30 días)
isosorbide dinitr er 40 mg tab MO	4	
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tab MO	3	
isosorbide mononit 10 mg, 20 mg tab MO	1	
isosorbide mononit er 120 mg MO	2	
isosorbide mononit er 30 mg, 60 mg tb MO	1	
isradipine 2.5 mg, 5 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ISUPREL 0.2 MG/ML INJECTION SOLUTION **MO**	4	
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet **MO**	2	
labetalol hcl 100 mg/20 ml vl **MO**	4	
lidocaine hcl 2% vial **MO**	2	
lidocaine 0.4% in d5w 250 ml; lidocaine 0.8% in d5w soln **MO**	1	
LIPOFEN 150 MG CAPSULE **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet **MO**	1	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab **MO**	1	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet **MO**	1	
mannitol 10% iv solution **MO**	2	
mannitol 20% iv solution **MO**	2	
mannitol 25% vial **MO**	2	
mannitol 5% iv solution **MO**	2	
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet **MO**	4	
methyldopa 250 mg tablet **MO**	2	
methyldopa 500 mg tablet **MO**	3	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab **MO**	3	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet **MO**	2	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab **MO**	2	
metoprolol 5 mg/5 ml carpuject **MO**	1	
metoprolol tart 5 mg/5 ml vial **MO**	3	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tb **MO**	1	
metyrosine 250 mg capsule **DL**	5	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet **MO**	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet **MO**	2	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet **MO**	2	
moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tab; moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tablet **MO**	2	
MULTAQ 400 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet **MO**	3	
nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
niacin er 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet **MO**	4	
niacor 500 mg tablet **MO**	4	
nifedipine er 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg capsule **MO**	4	
nisoldipine er 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg tablet **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
nisoldipine er 25.5 mg, 30 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl **MO**	3	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 5 mg/ml vial **MO**	2	
nitroglycerin lingual 400 mcg **MO**	4	
ntg 0.2 mg/ml in d5w; ntg 100 mg/250 ml in d5w; ntg 200 mg/500 ml in d5w; ntg 25 mg/250 ml in d5w; ntg 50 mg/500 ml in d5w **MO**	2	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET **MO**	3	
norepinephrine 4 mg/4 ml vial **MO**	1	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 20 mg, 40 mg, 5 mg tab **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 20-5-12.5; olmsrtn-amldpn-hctz 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg; olmsrtn-amldpn-hctz 40-10-12.5; olmsrtn-amldpn-hctz 40-10-25mg; olmsrtn-amldpn-hctz 40-5-12.5 **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg tab **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
omega-3 ethyl esters 1 gm cap **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
OSMITROL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
OSMITROL 15 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
OSMITROL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
OSMITROL 5 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
PACERONE 100 MG TABLET **MO**	4	
pacerone 200 mg tablet **MO**	2	
PACERONE 400 MG TABLET **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
pentoxifylline er 400 mg tab **MO**	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab **MO**	2	
pindolol 10 mg, 5 mg tablet **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tab MO	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule MO	2	
prevalite 4 gram oral powder; prevalite 4 gram powder for susp in a packet MO	3	
procainamide 1,000 mg/10 ml vl; procainamide 1,000 mg/2 ml vl MO	1	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tablet MO	3	
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg cap MO	4	LC (60 cada 30 días)
propafenone hcl er 425 mg cap MO	4	
propranolol 1 mg/ml vial MO	2	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet MO	2	
propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln MO	3	
propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg capsule MO	4	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab MO	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet MO	1	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab MO	2	
quinidine gluc 80 mg/ml vial MO	2	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab MO	2	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule MO	1	
ranolazine er 1,000 mg, 500 mg tablet MO	3	LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR MO	3	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR MO	3	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE MO	3	AP,LC (3 cada 28 días)
RESECTISOL 5% SOLUTION MO	4	
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab MO	1	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet MO	1	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet MO	2	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet MO	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet MO	2	
spironolactone-hctz 25-25 tab MO	2	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet MO	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release MO	2	LC (60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release MO	2	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TEKTURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET; TEKTURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 40-12.5 mg, 80-25 mg tab; telmisartan-hctz 40-12.5 mg, 80-25 mg tb **MO**	4	TP,LC (30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb **MO**	4	TP,LC (60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule **MO**	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg capsule,extended release **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet **MO**	4	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet **MO**	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet **MO**	1	
trandolapr-verapam er 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg **MO**	3	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cap; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cp **MO**	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb **MO**	1	
triklo 1 gm capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet **MO**	1	LC (60 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE **MO**	4	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
verapamil 10 mg/4 ml syringe **MO**	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg cap pellet; verapamil sr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg capsule **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet **MO**	1	LC (120 cada 30 días)
verapamil 5 mg/2 ml ampul **MO**	2	
verapamil er 120 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
verapamil er 180 mg, 240 mg tablet **MO**	2	
verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
verapamil er pm 200 mg capsule **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET MO	3	LC (30 cada 30 días)
WELCHOL 625 MG TABLET MO	3	LC (180 cada 30 días)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine hcl 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg capsule MO	3	LC (60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg, 60 mg, 80 mg capsule MO	3	LC (30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP,LC (15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (12 cada 28 días)
dalfampridine er 10 mg tablet MO	3	AP,LC (60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab MO	3	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 10 mg tab MO	4	LC (180 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg tab MO	4	LC (150 cada 30 días)
dextroamp-amphetam 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamin 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab MO	3	LC (90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 30 mg tab MO	3	LC (60 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	5	AP,LC (240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG, 0.5 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml syringe DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml syringe DL	5	AP,LC (12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe DL	5	AP,LC (12 cada 28 días)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet MO	3	LC (90 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab MO	4	LC (180 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg tab MO	4	LC (90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule MO	3	LC (90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml solution MO	3	LC (900 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg capsule MO	3	LC (60 cada 30 días)
riluzole 50 mg tablet MO	3	
RUZURGI 10 MG TABLET DL	5	AP,LC (300 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42), 25 MG, 50 MG TABLET; SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE; TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE **DL**	5	AP,LC (14 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet **DL**	5	AP,LC (240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG CAPSULE **MO**	4	AP,LC (30 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
cevimeline hcl 30 mg capsule **MO**	4	
chlorhexidine 0.12% rinse **MO**	1	
oralone 0.1 % dental paste **MO**	3	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash **MO**	1	
periogard 0.12 % mouthwash **MO**	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet **MO**	4	
triamcinolone 0.1% paste **MO**	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
acitretin 10 mg capsule **MO**	4	LC (90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
acitretin 25 mg capsule **MO**	4	
adapalene 0.1% gel **MO**	4	
ammonium lactate 12% cream **MO**	2	
ammonium lactate 12% lotion **MO**	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
azelaic acid 15% gel **MO**	4	TP
calcipotriene 0.005% cream **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
calcipotriene-betameth dp susp **MO**	3	LC (420 cada 30 días)
CARAC 0.5 % TOPICAL CREAM **DL**	5	AP
CORTISPORIN 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.5 % TOPICAL CREAM **MO**	4	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS **DL**	5	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS **DL**	5	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS **DL**	5	AP,LC (34 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
diclofenac sodium 3% gel **MO**	4	AP
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
FINACEA 15 % TOPICAL GEL **MO**	4	TP
fluorouracil 0.5% cream **DL**	5	
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% topical soln **MO**	3	
fluorouracil 5% cream **MO**	4	
imiquimod 5% cream packet **MO**	3	LC (12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
methoxsalen 10 mg softgel **DL**	5	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
myorisan 40 mg capsule **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
PICATO 0.015 % TOPICAL GEL **MO**	4	LC (3 cada 30 días)
PICATO 0.05 % TOPICAL GEL **MO**	4	LC (2 cada 30 días)
pimecrolimus 1% cream **MO**	4	
podofilox 0.5% topical soln **MO**	4	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % TOPICAL GEL **DL**	5	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT **MO**	3	
selenium sulfide 2.5% lotion **MO**	2	
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	5	AP,LC (6 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	AP,LC (9.96 cada 365 días)
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (3 cada 84 días)
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION **MO**	3	LC (420 cada 30 días)
tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment **MO**	4	
tazarotene 0.1% cream **MO**	3	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL **MO**	4	AP
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM **MO**	3	
tretinoin 0.01% gel **MO**	3	AP
tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream **MO**	4	AP
tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% gel **MO**	4	AP
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION **MO**	4	B vs D
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
zenatane 40 mg capsule **MO**	4	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
AURYXIA 210 MG IRON TABLET **MO**	4	AP,LC (360 cada 30 días)
bal-care dha 27 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release **MO**	4	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule **MO**	4	
calcium acetate 667 mg gelcap **MO**	3	
calcium acetate 667 mg tablet **MO**	3	
calcium chloride 10% syringe **MO**	1	
calcium chloride 10% vial **MO**	1	
calcium gluc 1,000mg/50ml-nacl **MO**	1	
calcium gluc 1,000 mg/10 ml vl **MO**	1	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET **DL**	5	AP
CHEMET 100 MG CAPSULE **DL**	5	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
CLINIMIX 2.75%-5% SOLUTION **MO**	4	B vs D
CLINIMIX 4.25%-20% SOLUTION **MO**	4	B vs D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 2.75%-10% SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 4.25%-25% SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 5%-25% SOLUTION MO	4	B vs D
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINOLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION MO	4	B vs D
clovique 250 mg capsule DL	5	LC (240 cada 30 días)
complete natal dha 29 mg-1 mg-250 mg-200 mg oral pack MO	4	
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE MO	4	
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE MO	4	
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol MO	2	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv MO	2	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln MO	2	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln MO	2	
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET DL	5	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln MO	2	
dextrose 10%-water iv solution MO	2	
dextrose 20%-water iv soln MO	2	
dextrose 25%-water syringe MO	2	
dextrose 30%-water iv soln MO	2	
dextrose 40%-water iv soln MO	2	
dextrose 5%-water iv soln MO	2	
dextrose 5%-lr iv solution MO	2	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln MO	2	
dextrose 50%-water syringe MO	2	
dextrose 50%-water vial MO	2	
dextrose 70%-water iv soln MO	2	
dextrose 5%-electrolyte 48 MO	2	
EXJADE 125 MG, 250 MG, 500 MG DISPERSIBLE TABLET DL	5	AP
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule MO	4	
FREAMINE HBC 6.9% IV SOLN MO	4	B vs D
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML INTRAVENOUS SOLUTION MO	1	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION MO	4	B vs D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
JADENU 180 MG, 360 MG, 90 MG TABLET DL	5	AP
K-TAB 10 MEQ, 20 MEQ, 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE MO	4	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION MO	4	B vs D
kionex (with sorbitol) 15 gram-19.3 gram/60 ml oral suspension MO	3	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE MO	2	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE MO	2	
klor-con m10 meq tablet,extended release MO	2	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE MO	2	
klor-con m20 meq tablet,extended release MO	2	
lactated ringers injection MO	2	
levocarnitine 330 mg tablet MO	4	
levocarnitine 1 g/10 ml soln MO	4	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM ORAL POWDER PACKET MO	3	LC (30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet MO	4	
magnesium sulfate 50% syringe MO	2	
magnesium sulfate 50% vial MO	2	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
magnesium sulf 2 g/50 ml bag; magnesium sulf 4 g/100 ml bag; magnesium sulf 4 g/50 ml bag **MO**	2	
magnesium sulf 20 g/500 ml bag; magnesium sulf 40 g/1,000 ml **MO**	2	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION **MO**	4	B vs D
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON-1,000 MCG TABLET **MO**	4	
penicillamine 250 mg tablet **DL**	5	
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION **MO**	4	B vs D
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	
plenamine 15 % intravenous solution **MO**	4	B vs D
pnv ob+dha combo pack **MO**	4	
potassium acet 100 meq/50 ml **MO**	1	
d5%-1/2ns-kcl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl **MO**	2	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) **MO**	4	LC (1125 cada 30 días)
potassium cl 20% (40 meq/15ml) **MO**	4	
potassium cl 40 meq/20 ml conc **MO**	2	
potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet **MO**	2	
potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq tablet **MO**	2	
potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule **MO**	2	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln **MO**	2	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv solution; kcl 20 meq in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution **MO**	2	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer **MO**	2	
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml sol **MO**	2	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl **MO**	2	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.2% nacl **MO**	2	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl **MO**	2	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab **MO**	3	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack **MO**	4	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release **MO**	4	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack **MO**	4	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release **MO**	4	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	1	B vs D
PREMASOL 6% IV SOLUTION **MO**	1	B vs D
PRENATA 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET **MO**	4	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET **MO**	4	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet **MO**	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON-1 MG TABLET **MO**	4	
preplus 27 mg iron-1 mg tablet **MO**	4	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET **MO**	3	LC (540 cada 30 días)
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET **MO**	3	LC (180 cada 30 días)
RENVELA 800 MG TABLET **MO**	3	LC (540 cada 30 días)
ringer's iv solution **MO**	1	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet **MO**	4	
sevelamer 0.8 gm powder packet **MO**	3	LC (540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet **MO**	3	LC (180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg tab **MO**	3	LC (540 cada 30 días)
sevelamer hcl 400 mg, 800 mg tablet **MO**	4	TP
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION **MO**	4	B vs D
sodium acetate 40 meq/20 ml vl **MO**	1	
sodium bicarb 8.4% abboject **MO**	4	
sodium chloride 100 meq/40 ml **MO**	2	
saline 0.45% soln-excel con **MO**	2	
sodium chloride 0.45% soln **MO**	2	
sodium chloride 0.9% solution **MO**	2	
sodium chloride 0.9% vial **MO**	2	
sodium chloride 3% iv soln **MO**	2	
sodium chloride 5% iv soln **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
sodium lactate 50 meq/10 ml vl MO	1	
sodium phosphate 3mm/ml vial MO	1	
sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp MO	3	
sodium polystyrene sulf powder MO	3	
sps 15 gm/60 ml suspension MO	3	
sps 30 gm/120 ml enema; sps 50 gm/200 ml enema MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA MO	3	
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule MO	4	
tolvaptan 15 mg, 30 mg tablet DL	5	LC (60 cada 30 días)
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
trientine hcl 250 mg capsule DL	5	LC (240 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet MO	4	
triveen-duo dha 29 mg-1 mg-400 mg oral pack MO	4	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
TROPHAMINE 6% IV SOLUTION MO	4	B vs D
virt-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule MO	4	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule MO	4	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazol-amoxicil-clarithro MO	4	TP
CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION MO	4	
CHENODAL 250 MG TABLET DL	5	AP
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet MO	2	
cimetidine 300 mg/5 ml soln MO	2	
constulose 10 gram/15 ml oral solution MO	2	
DEXILANT 30 MG, 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE MO	4	LC (30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg capsule MO	2	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln MO	4	
dicyclomine 20 mg tablet MO	2	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5 MO	4	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 MO	4	
enulose 10 gram/15 ml oral solution MO	2	
esomeprazole mag dr 20 mg, 40 mg cap MO	3	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
famotidine 20 mg, 40 mg tablet MO	2	
famotidine 40 mg/4 ml vial MO	2	
famotidine 40 mg/5 ml susp MO	4	
famotidine 20 mg/2 ml vial MO	2	
famotidine 20 mg piggyback MO	2	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	5	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution MO	2	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution MO	2	
gavilyte-n 420 gram oral solution MO	2	
generlac 10 gram/15 ml oral solution MO	2	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet MO	3	
glycopyrrolate 4 mg/20 ml vial MO	4	
lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution MO	2	
lansoprazole dr 15 mg capsule MO	3	LC (60 cada 30 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule MO	3	LC (30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	3	LC (30 cada 30 días)
loperamide 2 mg capsule MO	2	
methscopolamine brom 2.5 mg, 5 mg tab; methscopolamine brom 2.5 mg, 5 mg tb MO	4	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet MO	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	3	LC (30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
nizatidine 15 mg/ml solution MO	4	
nizatidine 150 mg, 300 mg capsule MO	2	
omeppi 20 mg-1,100 mg capsule; omeppi 40 mg-1,100 mg capsule MO	4	TP,LC (30 cada 30 días)
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule MO	1	LC (60 cada 30 días)
omeprazole-bicarb 20-1,100 cap; omeprazole-bicarb 40-1,100 cap MO	4	TP,LC (30 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab MO	1	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sodium 40 mg vial MO	4	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln MO	2	
peg 3350-electrolyte solution MO	2	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE MO	4	LC (144 cada 30 días)
rabeprazole sod dr 20 mg tab MO	3	LC (30 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	4	LC (36 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET **MO**	4	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	LC (12 cada 30 días)
sucralfate 1 gm tablet **MO**	2	
sucralfate 1 gm/10 ml susp **MO**	4	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION **MO**	3	
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution **MO**	2	
ursodiol 250 mg tablet **MO**	3	
ursodiol 500 mg tablet **MO**	4	
XIFAXAN 200 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (84 cada 28 días)
TRASTORNOS GENÉTICOS O ENZIMÁTICOS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ADAGEN 250 UNIT/ML VIAL **DL**	5	
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
CERDELGA 84 MG CAPSULE **DL**	5	AP
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE **MO**	3	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER **DL**	5	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE **MO**	4	
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET **DL**	5	AP
KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET **DL**	5	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
nitisinone 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule **DL**	5	
NITYR 10 MG, 2 MG, 5 MG TABLET **DL**	5	
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE **DL**	5	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION **DL**	5	
sapropterin 100 mg tablet **DL**	5	AP
sapropterin 100 mg, 500 mg powder pkt **DL**	5	AP
sodium phenylbutyrate powder **DL**	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE **MO**	4	
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin hcl er 10 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg tablet **MO**	3	
bethanechol 50 mg tablet **MO**	4	
darifenacin er 15 mg, 7.5 mg tablet **MO**	4	TP,LC (30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg capsule **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE **DL**	5	LC (90 cada 30 días)
finasteride 5 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
flavoxate hcl 100 mg tablet **MO**	3	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet **MO**	2	
oxybutynin 5 mg/5 ml syrup **MO**	2	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule **MO**	2	LC (60 cada 30 días)
THIOLA 100 MG TABLET **DL**	5	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **MO**	3	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
a-hydrocort 100 mg solution for injection **MO**	1	
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR 20 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION **MO**	4	
ARISTOSPAN INTRALESIONAL 5 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION **MO**	4	
betamethasone sp-ac 30 mg/5 ml **MO**	3	
betamethasone dp 0.05% crm **MO**	3	
betamethasone dp 0.05% lot **MO**	3	
betamethasone dp 0.05% oint **MO**	4	
betamethasone va 0.1% cream **MO**	2	
betamethasone va 0.1% lotion **MO**	3	
betamethasone valer 0.1% ointm **MO**	2	
betamethasone dp aug 0.05% crm **MO**	2	
betamethasone dp aug 0.05% gel **MO**	4	
betamethasone dp aug 0.05% lot **MO**	4	
betamethasone dp aug 0.05% oin **MO**	4	
clobetasol 0.05% cream **MO**	4	
clobetasol 0.05% gel **MO**	4	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% ointment **MO**	4	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% solution **MO**	3	
clobetasol 0.05% topical lotn **MO**	4	LC (240 cada 28 días)
clobetasol emollient 0.05% crm **MO**	4	
cormax 0.05% solution **MO**	4	
cortisone 25 mg tablet **MO**	4	
decadron 0.5 mg/5 ml elixir **MO**	2	
desonide 0.05% cream **MO**	4	
desonide 0.05% ointment **MO**	4	
desoximetasone 0.25% cream **MO**	3	
desoximetasone 0.25% ointment **MO**	4	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet **MO**	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx **MO**	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq **MO**	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate) **MO**	3	
dexamethasone 10 mg/ml syring **MO**	2	
dexamethasone 10 mg/ml vial **MO**	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml vial MO	2	
dexamethasone 4 mg/ml syringe MO	2	
diflorasone 0.05% cream DL	5	
diflorasone 0.05% ointment MO	4	
fludrocortisone 0.1 mg tablet MO	2	
fluocinolone 0.01% body oil MO	4	
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.025% cream MO	4	
fluocinolone 0.01% solution MO	4	
fluocinolone 0.025% ointment MO	4	
fluocinolone 0.01% scalp oil MO	4	
fluocinonide 0.05% cream MO	4	
fluocinonide 0.05% gel MO	4	
fluocinonide 0.05% ointment MO	4	
fluocinonide 0.05% solution MO	4	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream MO	4	
fluocinonide-e 0.05% cream MO	4	
fluticasone prop 0.005% oint MO	2	
fluticasone prop 0.05% cream MO	2	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream MO	2	
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment MO	2	
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet MO	2	
hydrocortisone 2.5% cream MO	4	
hydrocortisone 2.5% lotion MO	2	
hydrocortisone val 0.2% cream MO	4	
hydrocortisone val 0.2% ointmt MO	4	
hydrocortisone 1% absorbase MO	2	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % TOPICAL MO	4	
MEDROL 2 MG TABLET MO	4	B vs D
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg tab; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg tablet MO	2	B vs D
methylprednisolone 4 mg dosepk MO	2	
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vl MO	2	
methylprednisolone ss 1 gm vl; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg vl MO	4	
mometasone furoate 0.1% cream MO	2	
mometasone furoate 0.1% oint MO	2	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
mometasone furoate 0.1% soln MO	2	
prednisolone 15 mg/5 ml soln MO	2	
prednisolone 15 mg/5 ml soln MO	2	
prednisolone 20 mg/5 ml soln MO	4	
prednisolone 5 mg/5 ml soln; prednisolone sod ph 25 mg/5 ml MO	3	
prednisone 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg tablet MO	1	B vs D
prednisone 10 mg, 5 mg tab dose pack MO	2	
prednisone 5 mg/5 ml solution MO	3	B vs D
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate MO	4	B vs D
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator MO	4	
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator MO	2	
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator MO	4	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator MO	4	
SOLU-MEDROL 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION; SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION MO	4	
triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.5% cream MO	2	
triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.1% lotion MO	3	
triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.5% ointment MO	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % topical cream MO	2	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION MO	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL DL	5	AP
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr MO	3	LC (25 cada 30 días)
desmopressin ac 4 mcg/ml vial MO	4	
desmopressin acetate 0.1 mg tb MO	4	LC (180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg tb MO	4	
EGRIFTA 1 MG VIAL DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	5	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
STIMATE 1.5 MG/ML NASAL SPRAY DL	5	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet MO	4	
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet MO	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet MO	4	
ANADROL-50 50 MG TABLET DL	5	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet MO	4	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet MO	4	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 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 mg-20 mcg tablet MO	4	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet MO	4	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet MO	4	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet MO	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet MO	4	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet MO	4	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet MO	4	
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet MO	4	
camila 0.35 mg tablet MO	4	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet MO	4	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet MO	4	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL; COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL MO	4	LC (8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet MO	4	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet MO	4	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule MO	4	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet MO	4	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg tablet MO	4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL MO	3	LC (5 cada 30 días)
DEPO-PROVERA 400 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION MO	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE MO	4	LC (0.65 cada 90 días)
desogestr-eth estrad eth estra MO	4	
desogest-eth estra 0.15-0.03mg 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 transdermal patch MO	4	LC (8 cada 28 días)
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab MO	4	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET MO	4	AP,LC (30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet MO	4	
ELLA 30 MG TABLET MO	3	LC (1 cada 30 días)
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring MO	4	LC (1 cada 28 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT DL	5	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet MO	4	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
errin 0.35 mg tablet MO	4	
estradiol 0.01% cream MO	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
estradiol 0.025 mg patch(1/wk); estradiol 0.0375mg patch(1/wk); estradiol 0.05 mg patch (1/wk); estradiol 0.06 mg patch (1/wk); estradiol 0.075 mg patch(1/wk); estradiol 0.1 mg patch (1/wk) **MO**	3	LC (4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg patch(2/wk); estradiol 0.0375mg patch(2/wk); estradiol 0.05 mg patch (2/wk); estradiol 0.075 mg patch(2/wk); estradiol 0.1 mg patch (2/wk) **MO**	4	LC (8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet **MO**	1	
estradiol 10 mcg vaginal insrt **MO**	4	
estradiol valerate 100 mg/5 ml; estradiol valerate 200 mg/5 ml **MO**	4	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tab; estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tb **MO**	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING **MO**	4	LC (1 cada 90 días)
ESTROSTEP FE-28 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET **MO**	4	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg; ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg **MO**	4	
etonogestrel-ee vaginal ring **MO**	4	LC (1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet **MO**	4	
fayosim 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
FEMRING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR VAGINAL **MO**	4	LC (1 cada 90 días)
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
gianvi (28) 3 mg-0.02 mg tablet **MO**	4	
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet **MO**	4	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet **MO**	4	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet **MO**	4	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet **MO**	4	
heather 0.35 mg tablet **MO**	4	
incassia 0.35 mg tablet **MO**	4	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet **MO**	4	
jencycla 0.35 mg tablet **MO**	4	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
jolivette tablet **MO**	4	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet **MO**	4	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 mg-0.03 mg tablet MO	4	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet MO	4	
kelnor 1-50 1 mg-50 mcg tablet MO	4	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
levono-e estrad 0.15-0.03-0.01; levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01; levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg MO	4	LC (91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet MO	4	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet MO	4	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet MO	4	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet MO	4	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet MO	4	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet MO	4	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet MO	4	
levonor-eth estrad triphasic MO	4	
levonor-eth estra 0.09-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 MO	4	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 MO	4	LC (91 cada 90 días)
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet MO	4	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	4	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet MO	3	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet MO	4	
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
lyza 0.35 mg tablet MO	4	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab MO	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml MO	2	LC (1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg tablet MO	2	
megestrol 625 mg/5 ml susp MO	4	
megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml MO	3	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG TABLET MO	4	
METHITEST 10 MG TABLET DL	5	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet MO	4	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg 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 mg-35 mcg tablet MO	4	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet MO	4	
MIRCETTE (28) 0.15 MG-0.02 MG (21)/0.01 MG (5) TABLET MO	4	
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet MO	4	
mononessa 28 tablet MO	4	
myzilra-28 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 mg-35 mcg tablet MO	4	
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet MO	4	
nora-be 0.35 mg tablet MO	4	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 MO	4	
norethindrone 0.35 mg tablet MO	4	
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb; norethind-eth estrad 1-0.02 mg MO	4	
norethindrone 5 mg tablet MO	3	
noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75; noreth-estrad-fe 1-0.02(21)-75; noreth-estrad-fe 1-0.02(24)-75 MO	4	
noreth-estrad-fe 1-0.02(24)-75 MO	4	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estra 0.25-0.035 mg MO	4	
norlyda 0.35 mg tablet MO	4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet MO	4	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet MO	4	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet MO	4	
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL MO	4	LC (1 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ocella 3 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
ogestrel tablet **MO**	4	
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet **MO**	4	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET **MO**	4	
OSPHENA 60 MG TABLET **MO**	3	AP
oxandrolone 10 mg tablet **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet **MO**	4	AP,LC (120 cada 30 días)
philith 0.4 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet **MO**	4	
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
portia 28 0.15 mg-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 VAGINAL CREAM **MO**	3	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
progesterone 500 mg/10 ml vial **MO**	3	
progesterone 100 mg, 200 mg capsule **MO**	3	
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
quasense 0.15-0.03 mg tablet **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
raloxifene hcl 60 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg tablet **MO**	4	
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet **MO**	4	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack **MO**	4	LC (91 cada 90 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET **MO**	4	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet **MO**	4	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet **MO**	4	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet **MO**	4	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet **MO**	4	
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt; testosterone 1.62% gel pump **MO**	3	AP,LC (150 cada 30 días)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt **MO**	3	AP,LC (37.5 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml **MO**	3	
testosteron enan 1,000 mg/5 ml **MO**	3	LC (24 cada 90 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet **MO**	4	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet **MO**	4	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet **MO**	4	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet **MO**	4	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet **MO**	4	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/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 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet **MO**	4	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet **MO**	4	
TRI-NORINYL 28 TABLET **MO**	4	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet **MO**	4	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet **MO**	4	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg 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	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet **MO**	4	
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet **MO**	4	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet **MO**	4	
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet **MO**	4	
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet **MO**	4	
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch **MO**	4	LC (3 cada 28 días)
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET **MO**	4	
yuvafem 10 mcg vaginal tablet **MO**	4	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet **MO**	4	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet **MO**	4	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet **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**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	3	
levothyroxine 100 mcg, 100 mcg/ml, 20 mcg/ml, 200 mcg, 40 mcg/ml, 500 mcg vial; levothyroxine 100 mcg/5 ml vl; levothyroxine 200 mcg/5 ml vl; levothyroxine 500 mcg/5 ml vl **MO**	4	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg tablet **MO**	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET **MO**	3	
liothyronine sod 10 mcg/ml vl **MO**	3	
liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab **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	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET **MO**	2	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET **MO**	2	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET **MO**	2	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET **MO**	2	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET **MO**	2	
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 (SUPRARRENALES)		
LYSODREN 500 MG TABLET **DL**	5	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA)		
cabergoline 0.5 mg tablet **MO**	4	LC (16 cada 28 días)
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	AP
ELIGARD 22.5 MG (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	AP
ELIGARD 30 MG (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	AP
ELIGARD 45 MG (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	AP
FIRMAGON 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	4	AP
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt **MO**	4	B vs D
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT **MO**	4	AP,LC (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
LUPRON DEPOT 11.25 MG, 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT **MO**	4	AP,LC (1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT **MO**	4	AP,LC (1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	AP,LC (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT **DL**	5	AP,LC (1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	5	AP,LC (1 cada 90 días)
octreotide 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml vl **MO**	4	AP
octreotide acet 0.05 mg/ml vl **MO**	3	AP
octreotide acet 100 mcg/ml syr; octreotide acet 50 mcg/ml syr; octreotide acet 500 mcg/ml syr **MO**	4	AP
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE **DL**	5	AP
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY **DL**	5	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION	5	AP
TRELSTAR 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION **DL**	5	AP
ZOLADEX 10.8 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT **MO**	4	AP,LC (1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT **MO**	4	AP,LC (1 cada 28 días)
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg tablet **MO**	2	
propylthiouracil 50 mg tablet **MO**	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE **MO**	3	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP **MO**	3	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP
azathioprine 50 mg tablet **MO**	2	B vs D
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL **MO**	4	
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **DL**	5	AP,LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	3	
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION **DL**	5	B vs D
CELLCEPT 250 MG CAPSULE **DL**	5	B vs D
CELLCEPT 500 MG TABLET **DL**	5	B vs D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION **MO**	4	B vs D
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule **MO**	4	B vs D
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg **MO**	4	B vs D
cyclosporine modified 100mg/ml **MO**	4	B vs D
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP **MO**	4	
ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION; ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (8.16 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **DL**	5	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **DL**	5	AP,LC (78 cada 365 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	4	B vs D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	B vs D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	B vs D
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE **MO**	4	AP
everolimus 0.25 mg tablet **MO**	4	B vs D,LC (60 cada 30 días)
everolimus 0.5 mg tablet **DL**	5	B vs D,LC (120 cada 30 días)
everolimus 0.75 mg tablet **DL**	5	B vs D,LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION **DL**	5	AP
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	4	LC (1.5 cada 365 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	LC (1.5 cada 365 días)
gengraf 100 mg, 25 mg capsule **MO**	4	B vs D
gengraf 100 mg/ml oral solution **MO**	4	B vs D
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; HAVRIX 720 UNITS/0.5 ML VIAL **MO**	4	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEDI CROHN 40 MG/0.8 ML **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT; HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYRINGE KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT **DL**	5	AP,LC (6 cada 28 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	3	B vs D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP **MO**	4	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION **MO**	4	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **DL**	5	AP,LC (2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	4	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
leflunomide 10 mg, 20 mg tablet **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION **MO**	4	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT **MO**	4	
methotrexate 2.5 mg tablet **MO**	1	B vs D
methotrexate 50 mg/2 ml vial **MO**	1	
methotrexate 1 gm vial **MO**	2	
methotrexate 50 mg/2 ml vial **MO**	1	
MONJUVI 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION **DL**	5	AP
mycophenolate 200 mg/ml susp **MO**	4	B vs D
mycophenolate 250 mg capsule **MO**	3	B vs D
mycophenolate 500 mg tablet **MO**	3	B vs D
mycophenolate 500 mg vial **MO**	4	B vs D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb **MO**	4	B vs D
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE **MO**	4	B vs D
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE **DL**	5	B vs D
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE **MO**	4	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT; PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT **MO**	4	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET **MO**	4	B vs D
PROGRAF 0.5 MG, 1 MG, 5 MG CAPSULE **MO**	4	B vs D
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION **MO**	4	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	4	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION **MO**	3	B vs D

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION MO	4	B vs D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	B vs D
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML INJECTION SYRINGE DL	5	
RIDAURA 3 MG CAPSULE DL	5	
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION MO	4	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION MO	4	
RUCONEST 2,100 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION MO	4	B vs D
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT MO	3	LC (2 cada 365 días)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	B vs D
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet MO	4	B vs D
sirolimus 1 mg/ml solution MO	4	B vs D
SYLVANT 100 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule MO	4	B vs D
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION MO	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION MO	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED MO	4	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	4	B vs D
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION MO	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION MO	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE MO	4	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	3	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	5	AP,LC (12 cada 30 días)
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 15,000 UNIT (3,000 MCG)/13 ML INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 5,000 UNIT (1,000 MCG)/4.4 ML INJECTION SOLUTION DL	5	B vs D
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION MO	4	AP

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
XELJANZ 10 MG, 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (3 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	4	
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG, 1 MG TABLET DL	5	B vs D,LC (60 cada 30 días)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET DL	5	B vs D,LC (120 cada 30 días)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	4	LC (1 cada 365 días)
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
balsalazide disodium 750 mg cp MO	4	
budesonide ec 3 mg capsule MO	4	
colocort 100 mg/60 ml enema MO	4	
hydrocortisone 100 mg/60 ml MO	4	
mesalamine 4 gm/60 ml enema MO	3	LC (1800 cada 30 días)
mesalamine dr 1.2 gm tablet MO	4	LC (120 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg tab MO	2	
AGENTES PARA ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab MO	1	LC (4 cada 28 días)
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET MO	4	LC (4 cada 28 días)
calcitonin-salmon 200 units sp MO	3	LC (3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml ampul MO	2	
calcitriol 1 mcg/ml solution MO	4	
cinacalcet hcl 30 mg, 60 mg tablet DL	5	LC (60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg tablet DL	5	LC (120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule MO	4	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml vl MO	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR MO	3	AP,LC (2.4 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION MO	3	
ibandronate 3 mg/3 ml syringe MO	4	AP,LC (3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml vial MO	4	AP,LC (3 cada 90 días)
ibandronate sodium 150 mg tab MO	2	LC (1 cada 28 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **DL**	5	AP,LC (2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml vial **MO**	1	B vs D,LC (30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial **MO**	1	B vs D,LC (10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg capsule **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
paricalcitol 10 mcg/2 ml vial; paricalcitol 5 mcg/ml vial **MO**	3	LC (48 cada 28 días)
paricalcitol 2 mcg/ml vial **MO**	3	LC (24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg capsule **MO**	4	LC (12 cada 30 días)
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	B vs D,LC (1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE,EXTENDED RELEASE **DL**	5	LC (60 cada 30 días)
risedronate sod dr 35 mg tab **MO**	4	LC (4 cada 28 días)
risedronate sodium 150 mg tab **MO**	3	LC (1 cada 30 días)
risedronate sodium 30 mg, 5 mg tab; risedronate sodium 30 mg, 5 mg tablet **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
risedronate sodium 35 mg tab **MO**	3	LC (4 cada 28 días)
SENSIPAR 30 MG, 60 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION **DL**	5	AP,LC (1.7 cada 28 días)
zoledronic acid 4 mg/100 ml **MO**	4	B vs D,LC (300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg vial **MO**	4	B vs D
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial **MO**	4	B vs D,LC (15 cada 21 días)
zoledronic acid 5 mg/100 ml **MO**	1	AP,LC (100 cada 365 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
acetic acid 0.25% irrig soln **MO**	2	
acetylcysteine 6 gram/30 ml vl **MO**	4	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **MO**	4	AP,LC (1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **MO**	4	AP,LC (2 cada 30 días)
AIMOVIG 140 MG DOSE-2 AUTOINJ **MO**	4	AP,LC (2 cada 30 días)
ALCOHOL PADS **MO**	1	
ALCOHOL PREP PADS **MO**	1	
ALCOHOL SWAB **MO**	1	
ALCOHOL WIPES **MO**	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE **MO**	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN **MO**	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS **MO**	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS **MO**	1	
BAL IN OIL 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION **MO**	4	
BAND-AID GAUZE PADS 2" X 2" BANDAGE **MO**	1	
BD ALCOHOL SWABS **MO**	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML **MO**	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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; 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" **MO**	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	1	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE **MO**	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" **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 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" **MO**	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" **MO**	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" **MO**	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" **MO**	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" **MO**	1	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE **MO**	1	
CABLIVI 11 MG INJECTION KIT **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
caffeine cit 60 mg/3 ml oral; caffeine cit 60 mg/3 ml vial **MO**	1	
calcium disodium versenate 200 mg/ml injection solution **MO**	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS **MO**	1	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16"; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" **MO**	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
CURITY ALCOHOL SWABS **MO**	1	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE **MO**	1	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE **MO**	1	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID **DL**	5	AP
DROPLET INSULIN SYRINGE 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"; DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" **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; 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" **MO**	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" **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" **MO**	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"" **MO**	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" **MO**	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS **MO**	1	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" **MO**	1	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE **MO**	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 3/16" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE **MO**	1	
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR **MO**	4	AP,LC (2 cada 30 días)
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **MO**	4	AP,LC (2 cada 30 días)
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" SYRINGE **MO**	1	
flumazenil 0.5 mg/5 ml vial **MO**	4	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE; FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **MO**	1	
GAUZE PADS 2"X2" **MO**	1	
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE **MO**	1	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
HUMAPEN LUXURA HD **MO**	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS **MO**	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) **MO**	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; INSULIN 1 ML SYRINGE; INSULIN 1/2 ML SYRINGE; INSULIN 3/10 ML SYRINGE; INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; KMART VALU PLUS SYR 1/2 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML; RELI-ON INSULIN 0.3 ML SYR; RELI-ON INSULIN 1 ML SYR; RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE INS SYR 1 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"; ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYRIN 0.3 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" **MO**	1	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
IV PREP WIPES MEDICATED **MO**	1	
KORLYM 300 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
lactated ringers irrigation **MO**	2	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 **MO**	1	
LITHOSTAT 250 MG TABLET **DL**	5	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" **MO**	1	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
methergine 0.2 mg tablet **DL**	5	
methylergonovine 0.2 mg tablet **MO**	4	
methylergonovine 0.2 mg/ml amp **MO**	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	1	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2""; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML **MO**	1	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE **MO**	1	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE **MO**	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE **MO**	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE **MO**	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE **MO**	1	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS **MO**	1	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE **MO**	1	
OMNIPOD DASH 5 PACK INSULIN POD SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **MO**	3	
OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT **MO**	3	
OMNIPOD INSULIN REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE **MO**	3	
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"; COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"; FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE; FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4"; KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G; PEN NEEDLE 12MM 29G; PEN NEEDLE 30G X 8MM; PEN NEEDLE 32G X 3/16"; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLE 8MM 31G; PEN NEEDLES 6MM 31G **MO**	1	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION **MO**	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION **MO**	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
PRIALT 100 MCG/ML, 25 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION **DL**	5	AP
PRO COMFORT ALCOHOL PADS **MO**	1	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
protamine 250 mg/25 ml vial **MO**	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS **MO**	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" **MO**	1	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
RENACIDIN 1980.6 MG-59.4MG-980.4MG/30ML IRRIGATION SOLUTION **MO**	4	
ringers irrigation solution **MO**	1	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
sod phenylacet-sod benzoate vl **DL**	5	
sodium chloride 0.9% irrig. **MO**	2	
sorbitol-mannitol irrig **MO**	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS **MO**	1	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"; SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"" **MO**	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" **MO**	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS **MO**	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" **MO**	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE; TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **MO**	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS **MO**	1	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE; TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" SYRINGE **MO**	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE **MO**	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" **MO**	1	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" **MO**	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ULTIGUARD SAFE PACK 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB **MO**	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 **MO**	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE"; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 **MO**	1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	1	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" **MO**	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE **MO**	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE **MO**	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE **MO**	1	
V-GO 20 DEVICE **MO**	3	
V-GO 30 DEVICE **MO**	3	
V-GO 40 DEVICE **MO**	3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" **MO**	1	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" **MO**	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" **MO**	1	
VISTOGARD 10 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET **DL**	5	LC (20 cada 365 días)
sterile water for irrigation **MO**	2	
WEBCOL TOPICAL PADS **MO**	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment **MO**	2	
AKTEN (PF) 3.5 % EYE GEL **MO**	4	
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS **MO**	2	
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS **MO**	3	
apraclonidine hcl 0.5% drops **MO**	3	
atropine 1% eye drops **MO**	2	
azelastine hcl 0.05% drops **MO**	3	
bacitracin-polymyxin eye oint **MO**	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
betaxolol hcl 0.5% eye drop **MO**	3	
brimonidine 0.2% eye drop **MO**	2	
brimonidine tartrate 0.15% drp **MO**	3	
carteolol hcl 1% eye drops **MO**	1	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS **MO**	3	LC (5 cada 25 días)
cromolyn 4% eye drops **MO**	1	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS **DL**	5	AP,LC (60 cada 28 días)
dexamethasone 0.1% eye drop **MO**	2	
diclofenac 0.1% eye drops **MO**	2	
dorzolamide hcl 2% eye drops **MO**	1	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops **MO**	1	LC (10 cada 30 días)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS **MO**	3	
fluorometholone 0.1% drops **MO**	3	
flurbiprofen 0.03% eye drop **MO**	2	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION **MO**	3	LC (3 cada 30 días)
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution **MO**	2	
latanoprost 0.005% eye drops **MO**	1	LC (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5% eye drops **MO**	1	
LOTEMAX SM 0.38 % EYE GEL DROPS **MO**	4	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS **MO**	3	LC (2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3% eye drops **MO**	2	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment **MO**	3	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment **MO**	3	
neo-bacit-poly-hc eye ointment **MO**	3	
neomyc-bacit-polymix eye oint **MO**	3	
neomyc-polym-dexamet eye ointm **MO**	2	
neomyc-polym-dexameth eye drop **MO**	2	
neomyc-polym-gramicid eye drop **MO**	3	
neomycin-poly-hc eye drops **MO**	4	
olopatadine hcl 0.1% eye drops **MO**	3	TP
olopatadine hcl 0.2% eye drop **MO**	2	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS **MO**	3	LC (2.5 cada 25 días)
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS **MO**	4	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment **MO**	2	
polymyxin b-tmp eye drops **MO**	1	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION **MO**	4	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT **MO**	4	
prednisolone ac 1% eye drop **MO**	3	
prednisolone sod 1% eye drop **MO**	3	
proparacaine 0.5% eye drops **MO**	2	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS **MO**	3	LC (5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS **MO**	3	TP,LC (2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS **MO**	3	TP,LC (2.5 cada 25 días)
sulf-pred 10-0.23% eye drops **MO**	2	
timolol 0.25% gfs gel-solution; timolol 0.5% gfs gel-solution **MO**	4	
timolol maleate 0.25% eye drop; timolol maleate 0.5% eye drops **MO**	1	
tobramycin-dexameth ophth susp **MO**	4	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS **MO**	3	LC (2.5 cada 25 días)
travoprost 0.004% eye drop **MO**	3	LC (2.5 cada 25 días)
VYZULTA 0.024 % EYE DROPS **MO**	4	LC (5 cada 30 días)
AGENTES ÓTICOS		
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION **MO**	4	
ciproflox-dexameth otic susp **MO**	4	
hydrocortison-acetic acid soln **MO**	4	
neomycin-polymyxin-hc ear soln **MO**	3	
neomycin-polymyxin-hc ear susp **MO**	3	
AGENTES PULMONARES/PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial **MO**	4	B vs D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER **MO**	3	LC (12 cada 30 días)

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
albuterol 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 sol; albuterol 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; albuterol sul 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 sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln **MO**	2	B vs D
albuterol hfa 90 mcg inhaler **MO**	3	LC (36 cada 30 días)
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup **MO**	2	
albuterol sulfate 2 mg tab **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
albuterol sulfate 4 mg tab **MO**	4	
albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab **MO**	4	
alyq 20 mg tablet **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg tablet **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml vl **MO**	2	
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
azelastine 0.1% (137 mcg) spry **MO**	3	LC (30 cada 25 días)
azelastine 0.15% nasal spray **MO**	4	LC (30 cada 25 días)
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER **MO**	4	LC (10.7 cada 30 días)
bosentan 125 mg, 62.5 mg tablet **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	LC (10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	5	AP,LC (120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp **MO**	4	B vs D
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	5	AP,LC (84 cada 28 días)
cetirizine hcl 1 mg/ml soln **MO**	2	LC (300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION **MO**	4	LC (4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc **MO**	4	
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln **DL**	5	B vs D
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup **MO**	4	
cyproheptadine 4 mg tablet **MO**	4	
DALIRESP 250 MCG TABLET **MO**	3	LC (28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET **MO**	3	LC (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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
desloratadine 5 mg tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
diphenhydramine 50 mg/ml vial MO	4	
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (56 cada 365 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (31.92 cada 365 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (56 cada 365 días)
epinephrine 0.15 mg auto-injct; epinephrine 0.3 mg auto-inject MO	3	LC (4 cada 30 días)
epoprostenol sodium 0.5 mg, 1.5 mg vl DL	5	AP
ESBRIET 267 MG CAPSULE DL	5	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET DL	5	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	5	AP,LC (1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION MO	3	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER MO	3	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER MO	3	LC (10.6 cada 30 días)
flunisolide 0.025% spray MO	3	LC (50 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 100-50; fluticasone-salmeterol 250-50; fluticasone-salmeterol 500-50 MO	3	LC (60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 113-14; fluticasone-salmeterol 232-14; fluticasone-salmeterol 55-14 MO	3	LC (1 cada 30 días)
fluticasone prop 50 mcg spray MO	2	LC (16 cada 30 días)
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap MO	3	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION MO	3	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.03% spray MO	2	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray MO	2	LC (45 cada 30 días)
ipratropium br 0.02% soln MO	2	B vs D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml MO	2	B vs D
KALYDECO 150 MG TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET DL	5	AP,LC (56 cada 28 días)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
levalbuterol 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml sol; levalbuterol conc 1.25 mg/0.5 MO	4	B vs D
levalbuterol tar hfa 45mcg inh MO	4	TP,LC (30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg, 20 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.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
metaproterenol 10 mg/5 ml syr **MO**	4	
mometasone furoate 50 mcg spry **MO**	4	TP,LC (34 cada 30 días)
montelukast sod 10 mg tablet **MO**	1	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg granules **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew **MO**	2	LC (30 cada 30 días)
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY **MO**	4	TP,LC (34 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR **DL**	5	AP,LC (3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE **DL**	5	AP,LC (3 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET; ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET **DL**	5	AP,LC (56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **MO**	4	AP,LC (120 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION **DL**	5	B vs D
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
sildenafil 10 mg/ml oral susp **DL**	5	AP,LC (180 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet **MO**	3	AP,LC (90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION **MO**	3	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION **MO**	3	LC (4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION **MO**	3	LC (4 cada 30 días)
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER **MO**	3	LC (10.2 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE; SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS) **MO**	3	LC (4 cada 30 días)
tadalafil 20 mg tablet **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg tab; theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet **MO**	4	
theophylline er 400 mg, 600 mg tablet **MO**	4	
theophylline er 450 mg tab **MO**	4	LC (30 cada 30 días)
theophylline 200 mg/100 ml, 200 mg/50 ml, 400 mg/250 ml, 400 mg/500 ml, 800 mg/250 ml d5w **MO**	4	

¿Necesita más información acerca de los indicadores que aparecen al lado de los nombres de los medicamentos? Vaya a la página 10.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP **DL**	5	AP,LC (224 cada 28 días)
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET **DL**	5	AP,LC (60 cada 30 días)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION **DL**	5	AP,LC (120 cada 30 días)
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION; TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS **DL**	5	AP,LC (84 cada 28 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	5	AP,LC (150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION **DL**	5	AP,LC (90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER **MO**	3	LC (36 cada 30 días)
wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet **MO**	4	LC (60 cada 30 días)
RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS		
carisoprodol 350 mg tablet **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet **MO**	2	AP
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet **MO**	2	
vanadom 350 mg tablet **MO**	4	LC (120 cada 30 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET **MO**	3	LC (60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET **MO**	3	LC (30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET **MO**	3	LC (120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE **DL**	5	AP,LC (30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg tablet **MO**	4	AP,LC (60 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg capsule **DL**	4	LC (30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION **DL**	5	AP,LC (540 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet **MO**	2	LC (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.

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

Cobertura de medicamentos recetados adicionales de CarePlus NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet **DE,MO**	1	LC (6 cada 30 días)

Su a CarePlus tiene cobertura adicional de ciertos 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).

ST - Step Therapy • QL - Quantity Limit • PA - Prior Authorization • B vs D - Part B versus Part D

Índice

A

a-hydrocort... 75

abacavir... 45

abacavir-lamivudine... 45

abacavir-lamivudine-zidovudine... 45

ABELCET... 27

ABILIFY MAINTENA... 42

abiraterone... 30

ABOUTTIME PEN NEEDLE... 92

ABRAXANE... 30

acamprosate... 14

acarbose... 50

acebutolol... 55

acetaminophen-codeine... 11

acetazolamide sodium... 55

acetazolamide... 55

acetic acid... 15, 92

acetylcysteine... 92, 106

acitretin... 64

ACTHAR... 75

ACTHIB (PF)... 86

ACTIMMUNE... 86

acyclovir sodium... 45

acyclovir... 45

ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 86

ADAGEN... 73

adapalene... 64

ADCETRIS... 30

adefovir... 45

ADEMPAS... 106

adenosine... 55

adriamycin... 30

ADVAIR DISKUS... 106

ADVAIR HFA... 106

ADVOCATE PEN NEEDLE... 92

ADVOCATE SYRINGES... 93

afeditab cr... 55

AFINITOR DISPERZ... 30

AFINITOR... 30

afirmelle... 78

AIMOVIG AUTOINJECTOR (2 PACK)... 93

AIMOVIG AUTOINJECTOR... 93

ak-poly-bac... 104

AKTEN (PF)... 104

albendazole... 40

albuterol sulfate... 107

ALCAINE... 104

ALCOHOL PADS... 93

ALCOHOL PREP PADS... 93

ALCOHOL SWABS... 93

ALCOHOL WIPES... 93

ALECENSA... 30

alendronate... 91

alfuzosin... 74

ALIMTA... 30

ALINIA... 40

ALIQOPA... 30

aliskiren... 55

allopurinol... 29

ALPHAGAN P... 104

alprazolam... 49

altavera (28)... 78

ALUNBRIG... 30

alyacen 1/35 (28)... 78

alyacen 7/7/7 (28)... 78

alyq... 107

amabelz... 78

amantadine hcl... 41

AMBISOME... 27

ambrisentan... 107

amethia lo... 78

amethia... 78

amethyst (28)... 78

AMICAR... 53

amifostine crystalline... 31

amikacin... 15

amiloride... 55

amiloride-hydrochlorothiazide... 55
aminocaproic acid... 53
aminophylline... 107
AMINOSYN II 10 %... 66
AMINOSYN II 15 %... 66
AMINOSYN II 7 %... 66
AMINOSYN II 8.5 %... 66
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 66
AMINOSYN M 3.5 %... 66
AMINOSYN 10 %... 66
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 66
AMINOSYN 8.5 %... 66
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 66
AMINOSYN-HBC 7%... 66
AMINOSYN-PF 10 %... 66
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 66
AMINOSYN-RF 5.2 %... 66
amiodarone... 55
amitriptyline... 25
amlodipine... 55
amlodipine-atorvastatin... 55
amlodipine-benazepril... 56
amlodipine-olmesartan... 56
amlodipine-valsartan... 56
ammonium lactate... 64
amnesteem... 64
amoxapine... 25
amoxicil-clarithromy-lansopraz... 71
amoxicillin... 15
amoxicillin-pot clavulanate... 15
amphotericin b... 27
ampicillin sodium... 15
ampicillin... 15
ampicillin-sulbactam... 15
ANADROL-50... 78
anagrelide... 53
anastrozole... 31
ANORO ELLIPTA... 107
APOKYN... 41
apraclonidine... 104
aprepitant... 27
apri... 78
APTIOM... 21
APTIVUS (WITH VITAMIN E)... 45
APTIVUS... 45
ARALAST NP... 73
aranelle (28)... 78
ARCALYST... 87
aripiprazole... 42
ARISTADA INITIO... 42
ARISTADA... 42
ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR... 75
ARISTOSPAN INTRALESIONAL... 75
ARMOUR THYROID... 84
ARNUITY ELLIPTA... 107
ARRANON... 31
arsenic trioxide... 31
ARZERRA... 31
ashlyna... 78
aspirin-dipyridamole... 53
ASSURE ID DUO-SHIELD... 93
ASSURE ID INSULIN SAFETY... 93
ASSURE ID PEN NEEDLE... 93
atazanavir... 45
atenolol... 56
atenolol-chlorthalidone... 56
atomoxetine... 63
atorvastatin... 56
atovaquone... 40
atovaquone-proguanil... 40
ATRIPLA... 45
atropine... 104
aubra eq... 78
aubra... 78
AUGMENTIN... 15
aurovela fe 1.5/30 (28)... 78
aurovela fe 1-20 (28)... 78
aurovela 1.5/30 (21)... 78

aurovela 1/20 (21)... 78

aurovela 24 fe... 78

AURYXIA... 66

AUSTEDO... 63

AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 93

AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 93

AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 93

AVASTIN... 31

aviane... 78

ayuna... 78

AYVAKIT... 31

azacitidine... 53

azathioprine... 87

azelaic acid... 64

azelastine... 104, 107

azithromycin... 15

aztreonam... 15

azurette (28)... 78

B

baciim... 15

bacitracin... 15, 16

bacitracin-polymyxin b... 104

baclofen... 44

BAL IN OIL... 93

bal-care dha... 66

balsalazide... 91

BALVERSA... 31

balziva (28)... 78

BAND-AID GAUZE PADS... 93

BANZEL... 21

BAQSIMI... 50

BARACLUDE... 45

BAVENCIO... 31

BCG VACCINE, LIVE (PF)... 87

BD ALCOHOL SWABS... 93

BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 93

BD ECLIPSE LUER-LOK... 93

BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT... 93

BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 93

BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK... 93

BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 93

BD INSULIN SYRINGE U-500... 93

BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 94

BD INSULIN SYRINGE... 93

BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 94

BD LO-DOSE ULTRA-FINE... 94

BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 94

BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 94

BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 94

BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 94

BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 94

BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 94

BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 94

BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 94

BD VEO INSULIN SYR HALF UNIT... 94

BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 94

bekyree (28)... 78

BELBUCA... 11

BELEODAQ... 31

BELSOMRA... 110

benazepril... 56

benazepril-hydrochlorothiazide... 56

BENDEKA... 31

BENLYSTA... 87

benztropine... 41

BESPONSA... 31

BETADINE OPHTHALMIC PREP... 104

betamethasone acet,sod phos... 75

betamethasone dipropionate... 75

betamethasone valerate... 75

betamethasone, augmented... 75

BETASERON... 63

betaxolol... 105

bethanechol chloride... 74

BETHKIS... 16
BEVESPI AEROSPHERE... 107
bexarotene... 31
BEXSERO... 87
bicalutamide... 31
BICILLIN C-R... 16
BICILLIN L-A... 16
BICNU... 31
BIDIL... 56
BIKTARVY... 45
BINOSTO... 91
bisoprolol fumarate... 56
bisoprolol-hydrochlorothiazide... 56
BLENREP... 31
bleomycin... 31
blisovi fe 1.5/30 (28)... 78
blisovi fe 1/20 (28)... 78
blisovi 24 fe... 78
BOOSTRIX TDAP... 87
BORDERED GAUZE... 94
bortezomib... 31
bosentan... 107
BOSULIF... 31
BRAFTOVI... 31
BREO ELLIPTA... 107
BREZTRI AEROSPHERE... 107
briellyn... 78
BRILINTA... 53
brimonidine... 105
BRIVIACT... 21
bromocriptine... 41
BROVANA... 107
BRUKINSA... 31
budesonide... 91, 107
bumetanide... 56
bupivacaine (pf)... 14
bupivacaine... 14
buprenorphine hcl... 14
buprenorphine-naloxone... 14
bupropion hcl (smoking deter)... 14
bupropion hcl... 25
buspirone... 49
busulfan... 31
BUSULFEX... 31
butalbital-acetaminop-caf-cod... 11
butalbital-acetaminophen-caff... 11
butorphanol... 11
BYDUREON BCISE... 50
BYDUREON... 50
BYSTOLIC... 56

C

c-nate dha... 66
cabergoline... 85
CABLIVI... 94
CABOMETYX... 31
caffeine citrate... 94
calcipotriene... 64
calcipotriene-betamethasone... 64
calcitonin (salmon)... 91
calcitriol... 91
calcium acetate(phosphat bind)... 66
calcium chloride... 66
calcium disodium versenate... 94
calcium gluc in nacl, iso-osm... 66
calcium gluconate... 66
CALQUENCE... 31
camila... 78
camrese lo... 78
camrese... 78
candesartan... 56
candesartan-hydrochlorothiazid... 56
CAPASTAT... 30
CAPLYTA... 42
CAPRELSA... 31
captopril... 56
captopril-hydrochlorothiazide... 56
CARAC... 64
CARAFATE... 71
CARBAGLU... 66
carbamazepine... 21
carbidopa-levodopa... 41
carbidopa-levodopa-entacapone... 41

carboplatin... 31

CAREFINE PEN NEEDLE... 94

CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 94

CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 94

CARETOUCH PEN NEEDLE... 94

carisoprodol... 110

carmustine... 31

carteolol... 105

cartia xt... 56

carvedilol phosphate... 56

carvedilol... 56

caspofungin... 27

CAYSTON... 107

caziant (28)... 79

cefaclor... 16

cefadroxil... 16

cefazolin in dextrose (iso-os)... 16

cefazolin... 16

cefdinir... 16

cefepime in dextrose 5 %... 16

cefepime in dextrose,iso-osm... 16

cefepime... 16

cefixime... 16

cefotaxime... 16

cefotetan in dextrose, iso-osm... 16

cefotetan... 16

cefoxitin in dextrose, iso-osm... 16

cefoxitin... 16

cefpodoxime... 16

cefprozil... 16

ceftazidime in d5w... 16

ceftazidime... 16

ceftriaxone in dextrose,iso-os... 16

ceftriaxone... 16

cefuroxime axetil... 16

cefuroxime sodium... 16

celecoxib... 11

CELLCEPT INTRAVENOUS... 87

CELLCEPT... 87

CELONTIN... 21

cephalexin... 16, 17

CERDELGA... 73

CEREZYME... 73

cetirizine... 107

cevimeline... 64

CHANTIX CONTINUING MONTH BOX... 14

CHANTIX STARTING MONTH BOX... 14

CHANTIX... 14

charlotte 24 fe... 79

chateal (28)... 79

chateal eq (28)... 79

CHEMET... 66

CHENODAL... 71

chloramphenicol sod succinate... 17

chlorhexidine gluconate... 64

chloroquine phosphate... 40

chlorothiazide sodium... 56

chlorothiazide... 56

chlorpromazine... 42

chlorthalidone... 56

CHOLBAM... 73

cholestyramine (with sugar)... 56

cholestyramine light... 57

CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 77

ciclodan... 28

ciclopirox... 28

cidofovir... 45

cilostazol... 53

CILOXAN... 17

CIMDUO... 45

cimetidine hcl... 71

cimetidine... 71

cinacalcet... 91

CIPRODEX... 106

ciprofloxacin hcl... 17

ciprofloxacin in 5 % dextrose... 17

ciprofloxacin-dexamethasone... 106

cisplatin... 31

citalopram... 25

cladribine... 32

clarithromycin... 17

CLEOCIN... 17

CLICKFINE PEN NEEDLE... 95

CLINDAGEL... 17

clindamycin hcl... 17

clindamycin in 0.9 % sod chlor... 17

clindamycin in 5 % dextrose... 17

clindamycin palmitate hcl... 17

clindamycin pediatric... 17

clindamycin phosphate... 17

CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE... 67

CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 67

CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 67

CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE... 67

CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 67

CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 67

CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 67

CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE... 67

CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE... 66

CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE... 66

CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE... 66

CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 66

CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 67

CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 67

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 66

CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE... 66

CLINISOL SF 15 %... 67

CLINOLIPID... 67

clobazam... 21

clobetasol... 75

clobetasol-emollient... 75

clofarabine... 32

CLOLAR... 32

clomipramine... 25

clonazepam... 49

clonidine hcl... 57

clonidine... 57

clopidogrel... 53

clorazepate dipotassium... 49

clotrimazole... 28

clotrimazole-betamethasone... 28

clovique... 67

clozapine... 42

COARTEM... 40

COLCRYS... 29

colestipol... 57

colistin (colistimethate na)... 17

colocort... 91

COMBIGAN... 105

COMBIPATCH... 79

COMBIVENT RESPIMAT... 107

COMETRIQ... 32

COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 95

COMFORT EZ PEN NEEDLES... 95

COMPLERA... 45

complete natal dha... 67

compro... 27

CONCEPT DHA... 67

CONCEPT OB... 67

constulose... 71

COPAXONE... 63

COPIKTRA... 32

CORLANOR... 57

CORLOPAM... 57

cormax... 75

cortisone... 75

CORTISPORIN... 64

COSENTYX (2 SYRINGES)... 64

COSENTYX PEN (2 PENS)... 64

COSENTYX PEN... 64

COSENTYX... 64

COSMEGEN... 32
COTELLIC... 32
COUMADIN... 53
CREON... 73
CRESEMBA... 28
CRIXIVAN... 45
cromolyn... 105, 107
cryselle (28)... 79
CRYSVITA... 73
CURITY ALCOHOL SWABS... 95
CURITY GAUZE... 95
cyclafem 1/35 (28)... 79
cyclafem 7/7/7 (28)... 79
cyclobenzaprine... 110
cyclophosphamide... 32
cycloserine... 30
cyclosporine modified... 87
cyclosporine... 87
cyproheptadine... 107
CYRAMZA... 32
cyred eq... 79
cyred... 79
CYSTADANE... 73
CYSTAGON... 73
CYSTARAN... 105
cytarabine (pf)... 32
cytarabine... 32

D

dacarbazine... 32
dactinomycin... 32
dalfampridine... 63
DALIRESP... 107
danazol... 79
dantrolene... 45
dapsone... 30
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 87
daptomycin... 17
DARAPRIM... 40
darifenacin... 74
DARZALEX FASPRO... 32
DARZALEX... 32
dasetta 1/35 (28)... 79
dasetta 7/7/7 (28)... 79
daunorubicin... 32
DAURISMO... 32
daysee... 79
deblitane... 79
decadron... 75
decitabine... 32
DELSTRIGO... 45
demeclocycline... 17
DEMSER... 57
DEPEN TITRATABS... 67
DEPO-ESTRADIOL... 79
DEPO-PROVERA... 79
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 79
DERMACEA... 95
DESCOVY... 45
desipramine... 25
desloratadine... 108
desmopressin... 77
desog-e.estradiol/e.estradiol... 79
desogestrel-ethinyl estradiol... 79
desonide... 75
desoximetasone... 75
desvenlafaxine succinate... 25
dexamethasone intensol... 75
dexamethasone sodium phos (pf)... 75
dexamethasone sodium phosphate... 76, 105
dexamethasone... 75
DEXILANT... 71
dexmethylphenidate... 63
dexrazoxane hcl... 32
dextroamphetamine... 63
dextroamphetamine-amphetamine... 63
dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 67
dextrose 10 % in water (d10w)... 67
dextrose 20 % in water (d20w)... 67
dextrose 25 % in water (d25w)... 67
dextrose 30 % in water (d30w)... 67
dextrose 40 % in water (d40w)... 67

dextrose 5 % in water (d5w)... 67
dextrose 5 %-lactated ringers... 67
dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 67
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 68
dextrose 50 % in water (d50w)... 68
dextrose 70 % in water (d70w)... 68
DIASTAT ACUDIAL... 21
diazepam intensol... 49
diazepam... 21, 49
diazoxide... 50
diclofenac epolamine... 11
diclofenac sodium... 11, 65, 105
diclofenac-misoprostol... 11
dicloxacillin... 17
dicyclomine... 71
didanosine... 45
DIFICID... 17
diflorasone... 76
digitek... 57
digox... 57
digoxin... 57
dihydroergotamine... 29
DILANTIN EXTENDED... 21
DILANTIN INFATABS... 21
DILANTIN... 21
DILANTIN-125... 21
dilt-xr... 57
diltiazem hcl... 57
diphenhydramine hcl... 108
diphenoxylate-atropine... 71
dipyridamole... 53
disulfiram... 14
DIURIL... 57
divalproex... 21, 22
DOCEFREZ... 32
docetaxel... 32
dofetilide... 57
DOJOLVI... 95
donepezil... 24
doripenem... 17
dorzolamide... 105
dorzolamide-timolol... 105
dotti... 79
DOVATO... 45
doxazosin... 57
doxepin... 49
doxercalciferol... 91
doxorubicin... 32
doxorubicin, peg-liposomal... 32
doxy-100... 17
doxycycline hyclate... 17, 18
doxycycline monohydrate... 18
DRIZALMA SPRINKLE... 25
dronabinol... 27
droperidol... 27
DROPLET INSULIN SYR HALF UNIT... 95
DROPLET INSULIN SYRINGE... 95
DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 95
DROPLET PEN NEEDLE... 95
DROPSAFE PEN NEEDLE... 95
drospirenone-ethinyl estradiol... 79
DROXIA... 32
DUAVEE... 79
duloxetine... 25
DUPIXENT PEN... 108
DUPIXENT SYRINGE... 108
DUREZOL... 105
dutasteride... 74
dutasteride-tamsulosin... 74
d10 %-0.45 % sodium chloride... 67
d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 67
d5 % and 0.9 % sodium chloride... 67
d5 %-0.45 % sodium chloride... 67

E

EASY COMFORT ALCOHOL PAD... 95
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE... 96
EASY COMFORT PEN NEEDLES... 96
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 96
EASY GLIDE PEN NEEDLE... 96

EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 96

EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 96

EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 96

EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 96

EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 96

EASY TOUCH PEN NEEDLE... 96

EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 96

EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 97

EASY TOUCH UNI-SLIP... 97

EASY TOUCH... 96

ec-naproxen... 11

econazole... 28

EDURANT... 45

efavirenz... 45, 46

efavirenz-emtricitabin-tenofov... 46

efavirenz-lamivu-tenofov disop... 46

EGRIFTA SV... 77

EGRIFTA... 77

electrolyte-48 in d5w... 68

ELELYSO... 73

ELIGARD (3 MONTH)... 85

ELIGARD (4 MONTH)... 85

ELIGARD (6 MONTH)... 85

ELIGARD... 85

elinest... 79

ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 53

ELIQUIS... 53

ELLA... 79

ELMIRON... 74

eluryng... 79

ELZONRIS... 32

EMBEDA... 11

EMCYT... 33

EMGALITY PEN... 97

EMGALITY SYRINGE... 97

emoquette... 79

EMPLICITI... 33

EMSAM... 25

emtricitabine... 46

emtricitabine-tenofovir (tdf)... 46

EMTRIVA... 46

enalapril maleate... 57

enalapril-hydrochlorothiazide... 57

enalaprilat... 57

ENBREL MINI... 87

ENBREL SURECLICK... 87

ENBREL... 87

endocet... 11

ENDOMETRIN... 79

ENGERIX-B (PF)... 87

ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 87

ENHERTU... 33

enoxaparin... 53, 54

enpresse... 79

enskyce... 79

ENSTILAR... 65

entacapone... 41

entecavir... 46

ENTRESTO... 57

enulose... 71

ENVARSUS XR... 87

EPCLUSA... 46

EPIDIOLEX... 22

epinephrine... 108

epirubicin... 33

epitol... 22

EPIVIR HBV... 46

eplerenone... 57

epoprostenol (glycine)... 108

EQUETRO... 22

ERAXIS(WATER DILUENT)... 28

ERBITUX... 33

ergotamine-caffeine... 29

ERIVEDGE... 33

ERLEADA... 33

erlotinib... 33

errin... 79

ertapenem... 18

ERWINAZE... 33
ery pads... 18
ERYTHROCIN... 18
erythromycin with ethanol... 18
erythromycin... 18
ESBRIET... 108
escitalopram oxalate... 25
esomeprazole magnesium... 71
estradiol valerate... 80
estradiol... 79, 80
estradiol-norethindrone acet... 80
ESTRING... 80
ESTROSTEP FE-28... 80
ethacrynate sodium... 57
ethambutol... 30
ethosuximide... 22
ethynodiol diac-eth estradiol... 80
etodolac... 11
etonogestrel-ethinyl estradiol... 80
ETOPOPHOS... 33
etoposide... 33
EUTHYROX... 85
everolimus (immunosuppressive)... 87
EVOMELA... 33
EVOTAZ... 46
EXEL INSULIN... 97
exemestane... 33
EXJADE... 68
ezetimibe... 58
ezetimibe-simvastatin... 58

F

falmina (28)... 80
famciclovir... 46
famotidine (pf)... 72
famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 72
famotidine... 72
FANAPT... 42
FARXIGA... 50
FARYDAK... 33
FASENRA PEN... 108
FASLODEX... 33
fayosim... 80
felbamate... 22
felodipine... 58
FEMRING... 80
femynor... 80
fenofibrate micronized... 58
fenofibrate nanocrystallized... 58
fenofibrate... 58
fenofibric acid... 58
fentanyl citrate (pf)... 11
fentanyl citrate... 11
fentanyl... 11
FETZIMA... 25
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 50
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 50
FIASP U-100 INSULIN... 50
FINACEA... 65
finasteride... 74
FINTEPLA... 22
FIRDAPSE... 63
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 85
FIRMAGON... 85
flavoxate... 74
flecainide... 58
FLECTOR... 11
FLOVENT DISKUS... 108
FLOVENT HFA... 108
floxuridine... 33
fluconazole in nacl (iso-osm)... 28
fluconazole... 28
flucytosine... 28
fludarabine... 33
fludrocortisone... 76
flumazenil... 97
flunisolide... 108
fluocinolone and shower cap... 76
fluocinolone... 76
fluocinonide... 76
fluocinonide-e... 76

fluocinonide-emollient... 76
fluorometholone... 105
fluorouracil... 33, 65
fluoxetine... 25
fluphenazine decanoate... 42
fluphenazine hcl... 42, 43
flurbiprofen sodium... 105
flurbiprofen... 11
flutamide... 33
fluticasone propion-salmeterol... 108
fluticasone propionate... 76, 108
fluvoxamine... 25
folivane-ob... 68
FOLOTYN... 33
fondaparinux... 54
FORTEO... 91
fosamprenavir... 46
fosinopril... 58
fosinopril-hydrochlorothiazide... 58
fosphenytoin... 22
FREAMINE HBC 6.9 %... 68
FREAMINE III 10 %... 68
FREESTYLE PRECISION... 97
frovatriptan... 29
FULPHILA... 54
fulvestrant... 33
furosemide... 58
FUZEON... 46
FYCOMPA... 22

G

gabapentin... 22
galantamine... 24
GAMUNEX-C... 88
ganciclovir sodium... 46
GARDASIL 9 (PF)... 88
gatifloxacin... 18
GATTEX ONE-VIAL... 72
GATTEX 30-VIAL... 72
GAUZE BANDAGE... 97
GAUZE PAD... 97
gavilyte-c... 72
gavilyte-g... 72
gavilyte-n... 72
GAVRETO... 33
GAZYVA... 33
gemcitabine... 33
gemfibrozil... 58
generlac... 72
gengraf... 88
gentak... 18
gentamicin in nacl (iso-osm)... 18
gentamicin sulfate (ped) (pf)... 18
gentamicin sulfate (pf)... 18
gentamicin... 18
GENVOYA... 46
GEODON... 43
gianvi (28)... 80
GILENYA... 63
GILOTRIF... 33
GLASSIA... 73
glatiramer... 63
glatopa... 63
GLEOSTINE... 33
glimepiride... 50
glipizide... 50
glipizide-metformin... 50
GLUCAGEN HYPOKIT... 50
glyburide micronized... 50
glyburide... 50
glyburide-metformin... 50
GLYCOPHOS... 68
glycopyrrolate... 72
GLYXAMBI... 50
granisetron (pf)... 27
granisetron hcl... 27
griseofulvin microsize... 28
griseofulvin ultramicrosize... 28
guanfacine... 58
guanidine... 30
GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 50
GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 50
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 50
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 50

H

HAEGARDA... 88

hailey fe 1.5/30 (28)... 80

hailey fe 1/20 (28)... 80

hailey 24 fe... 80

hailey... 80

HALAVEN... 33

haloperidol decanoate... 43

haloperidol lactate... 43

haloperidol... 43

HARVONI... 46

HAVRIX (PF)... 88

HEALTHWISE INSULIN SYRINGE... 97

HEALTHWISE PEN NEEDLE... 97

HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP... 97

heather... 80

HECTOROL... 91

heparin (porcine)... 54

heparin, porcine (pf)... 54

HEPATAMINE 8%... 68

HERCEPTIN HYLECTA... 34

HERCEPTIN... 34

HETLIOZ... 110

HIBERIX (PF)... 88

HUMAPEN LUXURA HD... 97

HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START... 88

HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START... 88

HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS... 88

HUMIRA PEN... 88

HUMIRA... 88

HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER... 88

HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS... 88

HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS... 88

HUMIRA(CF) PEN... 88

HUMIRA(CF)... 88

HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN... 50

HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN... 50

hydralazine... 58

hydrochlorothiazide... 58

hydrocodone-acetaminophen... 12

hydrocodone-ibuprofen... 12

hydrocortisone valerate... 76

hydrocortisone... 76, 91

hydrocortisone-acetic acid... 106

hydrocortisone-min oil-wht pet... 76

hydromorphone (pf)... 12

hydromorphone... 12

hydroxychloroquine... 40

hydroxyurea... 34

hydroxyzine hcl... 49

hydroxyzine pamoate... 108

I

ibandronate... 91

IBRANCE... 34

ibu... 12

ibuprofen... 12

ibutilide fumarate... 58

ICLUSIG... 34

idarubicin... 34

IDHIFA... 34

ifosfamide... 34

ILEVRO... 105

imatinib... 34

IMBRUVICA... 34

IMFINZI... 34

imipenem-cilastatin... 18

imipramine hcl... 25

imipramine pamoate... 25

imiquimod... 65

IMLYGIC... 34

IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 88

incassia... 80

INCONTROL ALCOHOL PADS... 97

INCONTROL PEN NEEDLE... 97

INCRELEX... 77

INCRUSE ELLIPTA... 108

indapamide... 58

indomethacin... 12
INFANRIX (DTAP) (PF)... 88
INLYTA... 34
INQOVI... 34
INREBIC... 34
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 97
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 97
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 97
INSULIN SYRINGE... 97
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 98
INSUPEN... 98
INTELENCE... 46
INTRALIPID... 68
INTRON A... 46
introvale... 80
INVEGA SUSTENNA... 43
INVEGA TRINZA... 43
INVIRASE... 46
INVOKAMET XR... 51
INVOKAMET... 51
INVOKANA... 51
IONOSOL-B IN D5W... 68
IONOSOL-MB IN D5W... 68
IPOL... 88
ipratropium bromide... 108
ipratropium-albuterol... 108
irbesartan... 58
irbesartan-hydrochlorothiazide... 58
IRESSA... 34
irinotecan... 34
ISENTRESS HD... 46
ISENTRESS... 46
isibloom... 80
ISOLYTE S PH 7.4... 68
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 68
ISOLYTE-S... 68
isoniazid... 30
isosorbide dinitrate... 58
isosorbide mononitrate... 58
isotretinoin... 65
isradipine... 58
ISTODAX... 34
ISUPREL... 59
itraconazole... 28
IV PREP WIPES... 98
ivermectin... 40
IXEMPRA... 34
IXIARO (PF)... 88

J

JADENU... 68
jaimiess... 80
JAKAFI... 34
jantoven... 54
JANUMET XR... 51
JANUMET... 51
JANUVIA... 51
JARDIANCE... 51
jasmiel (28)... 80
jencycla... 80
JENTADUETO XR... 51
JENTADUETO... 51
JEVTANA... 34
jolessa... 80
jolivette... 80
juleber... 80
JULUCA... 46
junel fe 1.5/30 (28)... 81
junel fe 1/20 (28)... 81
junel fe 24... 81
junel 1.5/30 (21)... 80
junel 1/20 (21)... 80

K

K-TAB... 68
KABIVEN... 68
KADCYLA... 34
KALETRA... 46
kalliga... 81
KALYDECO... 108
KANJINTI... 34
kariva (28)... 81
kelnor 1-50... 81
kelnor 1/35 (28)... 81

ketoconazole... 28
ketoprofen... 12
ketorolac... 12, 105
KEVZARA... 89
KEYTRUDA... 34
KINRIX (PF)... 89
kionex (with sorbitol)... 68
KISQALI FEMARA CO-PACK... 35
KISQALI... 34, 35
klor-con m10... 68
KLOR-CON M15... 68
klor-con m20... 68
KLOR-CON 10... 68
KLOR-CON 8... 68
KOMBIGLYZE XR... 51
KORLYM... 98
KOSELUGO... 35
KRINTAFEL... 40
kurvelo (28)... 81
KUVAN... 73
KYPROLIS... 35

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad... 81
labetalol... 59
lactated ringers... 68, 98
lactulose... 72
lamivudine... 47
lamivudine-zidovudine... 47
lamotrigine... 22
LAMPIT... 40
lansoprazole... 72
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 51
LANTUS U-100 INSULIN... 51
larin fe 1.5/30 (28)... 81
larin fe 1/20 (28)... 81
larin 1.5/30 (21)... 81
larin 1/20 (21)... 81
larin 24 fe... 81
larissia... 81
LARTRUVO... 35
latanoprost... 105
LATUDA... 43
ledipasvir-sofosbuvir... 47
leena 28... 81
leflunomide... 89
LENVIMA... 35
lessina... 81
LETAIRIS... 108
letrozole... 35
leucovorin calcium... 35
LEUKERAN... 35
leuprolide... 85
levalbuterol hcl... 108
levalbuterol tartrate... 108
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN... 51
LEVEMIR U-100 INSULIN... 51
levetiracetam in nacl (iso-os)... 22
levetiracetam... 22
LEVO-T... 85
levobunolol... 105
levocarnitine (with sugar)... 68
levocarnitine... 68
levocetirizine... 108
levofloxacin in d5w... 18
levofloxacin... 18
levoleucovorin calcium... 35
levonest (28)... 81
levonorg-eth estrad triphasic... 81
levonorgestrel-ethinyl estrad... 81
levora-28... 81
levothyroxine... 85
LEVOXYL... 85
LEVULAN... 35
LEXIVA... 47
LIBTAYO... 35
lidocaine (pf) in d7.5w... 14
lidocaine (pf)... 59
lidocaine hcl... 14
lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 59
lidocaine viscous... 14
lidocaine... 14

lidocaine-epinephrine... 14
lidocaine-prilocaine... 14
lillow (28)... 81
lincomycin... 18
lindane... 40
linezolid in dextrose 5%... 18
linezolid... 18
linezolid-0.9% sodium chloride... 18
LINZESS... 72
liothyronine... 85
lipodox 50... 35
lipodox... 35
LIPOFEN... 59
lisinopril... 59
lisinopril-hydrochlorothiazide... 59
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 98
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 98
lithium carbonate... 49, 50
lithium citrate... 50
LITHOSTAT... 98
lo-zumandimine (28)... 81
LOCOID LIPOCREAM... 76
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 81
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 81
LOESTRIN 1.5/30 (21)... 81
LOESTRIN 1/20 (21)... 81
lojaimiess... 81
LOKELMA... 68
LONSURF... 35
loperamide... 72
lopinavir-ritonavir... 47
lorazepam intensol... 49
lorazepam... 49
LORBRENA... 35
loryna (28)... 81
losartan... 59
losartan-hydrochlorothiazide... 59
LOTEMAX SM... 105
lovastatin... 59
low-ogestrel (28)... 81
loxapine succinate... 43
LUMIGAN... 105
LUMIZYME... 73
LUMOXITI... 35
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 86
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 86
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 86
LUPRON DEPOT... 85
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 86
LUPRON DEPOT-PED... 86
lutera (28)... 81
LYNPARZA... 35
LYSODREN... 85
lyza... 81

M

M-M-R II (PF)... 89
m-natal plus... 68
mafenide acetate... 18
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 98
MAGELLAN SYRINGE... 98
magnesium sulfate in d5w... 68
magnesium sulfate in water... 69
magnesium sulfate... 68
malathion... 40
mannitol 10 %... 59
mannitol 20 %... 59
mannitol 25 %... 59
mannitol 5 %... 59
maprotiline... 26
marlissa (28)... 81
MARPLAN... 26
MARQIBO... 36
MATULANE... 36
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 98
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 99
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 99
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 99
meclizine... 27
MEDROL... 76
medroxyprogesterone... 82

mefloquine... 40
megestrol... 82
MEKINIST... 36
MEKTOVI... 36
meloxicam... 12
melphalan hcl... 36
melphalan... 36
memantine... 24
MENACTRA (PF)... 89
MENEST... 82
MENQUADFI (PF)... 89
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 89
mepivacaine (pf)... 14
mercaptopurine... 36
meropenem... 18
meropenem-0.9% sodium chloride... 19
mesalamine... 91
MESNEX... 36
metaproterenol... 108, 109
metformin... 51
methadone intensol... 13
methadone... 12, 13
methazolamide... 59
methenamine hippurate... 19
methergine... 99
methimazole... 86
METHITEST... 82
methocarbamol... 110
methotrexate sodium (pf)... 89
methotrexate sodium... 89
methoxsalen... 65
methscopolamine... 72
methyldopa... 59
methyldopa-hydrochlorothiazide... 59
methylergonovine... 99
methylphenidate hcl... 63
methylprednisolone acetate... 76
methylprednisolone sodium succ... 76
methylprednisolone... 76
metipranolol... 105
metoclopramide hcl... 27
metolazone... 59
metoprolol succinate... 59
metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 59
metoprolol tartrate... 59
metronidazole in nacl (iso-os)... 19
metronidazole... 19
metyrosine... 59
micafungin... 28
miconazole-3... 28
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE... 99
microgestin fe 1.5/30 (28)... 82
microgestin fe 1/20 (28)... 82
microgestin 1.5/30 (21)... 82
microgestin 1/20 (21)... 82
midodrine... 59
mili... 82
mimvey... 82
MINI ULTRA-THIN II... 99
minocycline... 19
minoxidil... 59
MIRCETTE (28)... 82
mirtazapine... 26
misoprostol... 72
mitomycin... 36
mitoxantrone... 36
modafinil... 110
moexipril... 59
moexipril-hydrochlorothiazide... 59
molindone... 43
mometasone... 76, 77, 109
MONJUVI... 89
mono-linyah... 82
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING... 99
MONOJECT INSULIN SYRINGE... 99
MONOJECT SYRINGE... 99
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 99
mononessa (28)... 82

montelukast... 109
morphine concentrate... 13
morphine... 13
MOVANTIK... 72
moxifloxacin... 19
MOZOBIL... 54
MULTAQ... 59
mupirocin... 19
MUSTARGEN... 36
MUTAMYCIN... 36
MVASI... 36
MYALEPT... 72
MYCAMINE... 28
mycophenolate mofetil (hcl)... 89
mycophenolate mofetil... 89
mycophenolate sodium... 89
MYFORTIC... 89
MYLOTARG... 36
myorisan... 65
MYRBETRIQ... 74
myzilra... 82

N

nabumetone... 13
nadolol... 59
nadolol-bendroflumethiazide... 59
nafcillin in dextrose iso-osm... 19
nafcillin... 19
NAGLAZYME... 73
naloxone... 14
naltrexone... 14
NAMZARIC... 24
naproxen sodium... 13
naproxen... 13
naratriptan... 29
NARCAN... 15
NASONEX... 109
NATACYN... 28
NATAZIA... 82
nateglinide... 51
NATPARA... 92
NAYZILAM... 22
NEBUPENT... 40
necon 0.5/35 (28)... 82
nefazodone... 26
neo-polycin hc... 105
neo-polycin... 105
neomycin... 19
neomycin-bacitracin-poly-hc... 105
neomycin-bacitracin-polymyxin... 105
neomycin-polymyxin b-dexameth... 105
neomycin-polymyxin-gramicidin... 105
neomycin-polymyxin-hc... 105, 106
NEPHRAMINE 5.4 %... 69
NERLYNX... 36
NEULASTA... 54
NEUPOGEN... 54
NEUPRO... 41
nevirapine... 47
NEXAVAR... 36
NEXTERONE... 60
niacin... 60
niacor... 60
NICOTROL NS... 15
nifedipine... 60
nikki (28)... 82
nilutamide... 36
nimodipine... 60
NINLARO... 36
NIPENT... 36
nisoldipine... 60
nitisinone... 73
nitrofurantoin macrocrystal... 19
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 19
nitrofurantoin... 19
nitroglycerin in 5 % dextrose... 60
nitroglycerin... 60
NITROSTAT... 60
NITYR... 73
NIVESTYM... 54
nizatidine... 72
nora-be... 82

norepinephrine bitartrate... 60

noreth-ethinyl estradiol-iron... 82

norethindrone (contraceptive)... 82

norethindrone ac-eth estradiol... 82

norethindrone acetate... 82

norethindrone-e.estradiol-iron... 82

norgestimate-ethinyl estradiol... 82

norlyda... 82

NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 69

NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 69

NORMOSOL-R PH 7.4... 69

NORMOSOL-R... 69

NORTHERA... 60

nortrel 0.5/35 (28)... 82

nortrel 1/35 (21)... 82

nortrel 1/35 (28)... 82

nortrel 7/7/7 (28)... 82

nortriptyline... 26

NORVIR... 47

NOVOFINE AUTOCOVER... 99

NOVOFINE PLUS... 99

NOVOFINE 32... 99

NOVOLIN N FLEXPEN... 51

NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 51

NOVOLIN R FLEXPEN... 52

NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN... 52

NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 51

NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 51

NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 52

NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 52

NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 52

NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 52

NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 52

NOVOPEN ECHO... 99

NOVOTWIST... 99

NOXAFIL... 28

NUBEQA... 36

NUCALA... 109

NUEDEXTA... 63

NUPLAZID... 43

NUTRILIPID... 69

NUVARING... 82

NUZYRA (7 DAY WITH LOAD DOSE)... 19

NUZYRA (7 DAY)... 19

NUZYRA... 19

nyamyc... 28

nystatin... 28, 29

nystatin-triamcinolone... 29

nystop... 29

O

O-CAL PRENATAL... 69

ocella... 83

octreotide acetate... 86

ODEFSEY... 47

ODOMZO... 36

OFEV... 109

ofloxacin... 19

ogestrel (28)... 83

OGIVRI... 36

olanzapine... 43

olanzapine-fluoxetine... 26

olmesartan... 60

olmesartan-amlodipin-hcthiazid... 60

olmesartan-hydrochlorothiazide... 60

olopatadine... 105

omega-3 acid ethyl esters... 60

omeppi... 72

omeprazole... 72

omeprazole-sodium bicarbonate... 72

OMNIPOD DASH 5 PACK POD... 99

OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT... 99

OMNIPOD INSULIN REFILL... 99
OMNITROPE... 77, 78
ONCASPAR... 36
ondansetron hcl (pf)... 27
ondansetron hcl... 27
ondansetron... 27
ONGLYZA... 52
ONIVYDE... 36
ONUREG... 36
OPDIVO... 36
OPSUMIT... 109
oralone... 64
ORBACTIV... 19
ORFADIN... 73, 74
ORKAMBI... 109
orsythia... 83
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 83
oseltamivir... 47
OSMITROL 10 %... 60
OSMITROL 15 %... 60
OSMITROL 20 %... 60
OSMITROL 5 %... 60
OSPHENA... 83
oxacillin in dextrose(iso-osm)... 19
oxacillin... 19
oxaliplatin... 36
oxandrolone... 83
oxazepam... 49
oxcarbazepine... 23
oxybutynin chloride... 74
oxycodone... 13
oxycodone-acetaminophen... 13
oxycodone-aspirin... 13
OZEMPIC... 52

P

PACERONE... 60
paclitaxel... 36
PADCEV... 36
paliperidone... 43
pamidronate... 92
PANRETIN... 36
pantoprazole... 72
paraplatin... 37
paricalcitol... 92
paroex oral rinse... 64
paromomycin... 19
paroxetine hcl... 26
PASER... 30
PAXIL... 26
PAZEO... 105
PEDIARIX (PF)... 89
PEDVAX HIB (PF)... 89
peg 3350-electrolytes... 72
peg-electrolyte soln... 72
PEGANONE... 23
PEMAZYRE... 37
PEN NEEDLE... 99
PEN NEEDLE, DIABETIC... 100
penicillamine... 69
penicillin g pot in dextrose... 19
penicillin g potassium... 19
penicillin g procaine... 20
penicillin g sodium... 20
penicillin v potassium... 20
PENTACEL (PF)... 89
PENTAM... 40
pentamidine... 40
pentazocine-naloxone... 13
PENTIPS... 100
pentoxifylline... 60
PERFOROMIST... 109
PERIKABIVEN... 69
perindopril erbumine... 60
periogard... 64
PERJETA... 37
permethrin... 40
perphenazine... 43
perphenazine-amitriptyline... 26
PERSERIS... 44
pfizerpen-g... 20
phenelzine... 26
phenobarbital... 23
PHENYTEK... 23
phenytoin sodium extended... 23

phenytoin sodium... 23
phenytoin... 23
philith... 83
PHOSPHOLINE IODIDE... 105
PHYSIOLYTE... 100
PHYSIOSOL IRRIGATION... 100
PICATO... 65
PIFELTRO... 47
pilocarpine hcl... 64, 105
pimecrolimus... 65
pimozide... 44
pimtrea (28)... 83
pindolol... 60
pioglitazone... 52
piperacillin-tazobactam... 20
PIQRAY... 37
pirmella... 83
piroxicam... 13
PLASMA-LYTE A... 69
PLASMA-LYTE 148... 69
plenamine... 69
pnv ob+dha... 69
podofilox... 65
POLIVY... 37
polocaine... 14
polocaine-mpf... 14
polycin... 106
polymyxin b sulf-trimethoprim... 106
polymyxin b sulfate... 20
POMALYST... 37
portia 28... 83
PORTRAZZA... 37
posaconazole... 29
potassium acetate... 69
potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 69
potassium chloride in lr-d5... 69
potassium chloride in water... 69
potassium chloride in 0.9%nacl... 69
potassium chloride in 5 % dex... 69
potassium chloride... 69
potassium chloride-d5-0.2%nacl... 69
potassium chloride-d5-0.3%nacl... 69
potassium chloride-d5-0.9%nacl... 69
potassium chloride-0.45 % nacl... 69
potassium citrate... 70
POTELIGEO... 37
pr natal 400 ec... 70
pr natal 400... 70
pr natal 430 ec... 70
pr natal 430... 70
PRADAXA... 54
pramipexole... 41
prasugrel... 54
pravastatin... 61
praziquantel... 40
prazosin... 61
PRED-G S.O.P.... 106
PRED-G... 106
prednisolone acetate... 106
prednisolone sodium phosphate... 77, 106
prednisolone... 77
prednisone intensol... 77
prednisone... 77
pregabalin... 63
PREMARIN... 83
PREMASOL 10 %... 70
PREMASOL 6 %... 70
PRENATA... 70
PRENATABS FA... 70
prenatal plus (calcium carb)... 70
PRENATE ELITE... 70
preplus... 70
prevalite... 61
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 100
previfem... 83
PREZCOBIX... 47

PREZISTA... 47
PRIALT... 100
PRIFTIN... 30
primaquine... 40
primidone... 23
primlev... 13
PRIMSOL... 20
PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 100
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 100
PRO COMFORT PEN NEEDLE... 100
probenecid... 29
probenecid-colchicine... 29
procainamide... 61
PROCALAMINE 3%... 70
prochlorperazine edisylate... 27
prochlorperazine maleate... 27
prochlorperazine... 27
procto-med hc... 77
procto-pak... 77
proctosol hc... 77
proctozone-hc... 77
PRODIGY INSULIN SYRINGE... 100
progesterone micronized... 83
progesterone... 83
PROGLYCEM... 52
PROGRAF... 89
prolate... 13
PROLEUKIN... 37
PROLIA... 92
PROMACTA... 54, 55
promethazine... 27
propafenone... 61
proparacaine... 106
propranolol... 61
propranolol-hydrochlorothiazid... 61
propylthiouracil... 86
PROQUAD (PF)... 89
PROSOL 20 %... 70
protamine... 100
protriptyline... 26
PULMOZYME... 109
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 100
PURE COMFORT PEN NEEDLE... 100
PURIXAN... 37
PYLERA... 72
pyrazinamide... 30
pyridostigmine bromide... 30
pyrimethamine... 41

Q

QINLOCK... 37
QUADRACEL (PF)... 89
QUARTETTE... 83
quasense... 83
quetiapine... 44
quinapril... 61
quinapril-hydrochlorothiazide... 61
quinidine gluconate... 61
quinidine sulfate... 61
quinine sulfate... 41

R

RABAVERT (PF)... 89
rabeprazole... 72
raloxifene... 83
ramipril... 61
ranolazine... 61
rasagiline... 41
RAYALDEE... 92
reclipsen (28)... 83
RECOMBIVAX HB (PF)... 90
RECTIV... 65
REGRANEX... 65
RELENZA DISKHALER... 47
RELION NEEDLES... 100
RELION PEN NEEDLES... 100
RELISTOR... 72, 73
RENACIDIN... 100
RENVELA... 70
repaglinide... 52
REPATHA PUSHTRONEX... 61
REPATHA SURECLICK... 61
REPATHA SYRINGE... 61
RESCRIPTOR... 47

RESECTISOL... 61
RESTASIS MULTIDOSE... 106
RESTASIS... 106
RETACRIT... 55
RETEVMO... 37
RETROVIR... 47
REVCOVI... 74
REVLIMID... 37
REXULTI... 44
REYATAZ... 47
RHOPHYLAC... 90
RHOPRESSA... 106
RIBASPHERE RIBAPAK... 47
ribavirin... 47
RIDAURA... 90
rifabutin... 30
rifampin... 30
RIFATER... 30
riluzole... 63
rimantadine... 48
ringer's... 70, 100
RINVOQ... 90
risedronate... 92
RISPERDAL CONSTA... 44
risperidone... 44
ritonavir... 48
RITUXAN HYCELA... 37
RITUXAN... 37
rivastigmine tartrate... 25
rivastigmine... 24
rivelsa... 83
rizatriptan... 29
ROCKLATAN... 106
romidepsin... 37
ropinirole... 41
ropivacaine (pf)... 14
rosuvastatin... 61
ROTARIX... 90
ROTATEQ VACCINE... 90
roweepra xr... 23
roweepra... 23
ROZLYTREK... 37
RUBRACA... 37
RUCONEST... 90
RUKOBIA... 48
RUXIENCE... 37
RUZURGI... 63
RYBELSUS... 52
RYDAPT... 37
RYTARY... 41

S

SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 100
SAFETY PEN NEEDLE... 100
SAMSCA... 70
SANCUSO... 27
SANDIMMUNE... 90
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 86
SANTYL... 65
SAPHRIS... 44
sapropterin... 74
SARCLISA... 37
SAVELLA... 64
scopolamine base... 27
se-natal 19 chewable... 70
SECUADO... 44
selegiline hcl... 41
selenium sulfide... 65
SELZENTRY... 48
SENSIPAR... 92
SEREVENT DISKUS... 109
sertraline... 26
setlakin... 83
sevelamer carbonate... 70
sevelamer hcl... 70
sharobel... 83
SHINGRIX (PF)... 90
SIGNIFOR... 86
sildenafil (pulm.hypertension)... 109
sildenafil... 111
silver sulfadiazine... 20
simliya (28)... 83
simpesse... 83
SIMULECT... 90
simvastatin... 61

sirolimus... 90
SIRTURO... 30
SIVEXTRO... 20
SKYRIZI... 65
SLYND... 83
SMOFLIPID... 70
sodium acetate... 70
sodium benzoate-sod phenylacet... 100
sodium bicarbonate... 70
sodium chloride 0.45 %... 70
sodium chloride 0.9 %... 70
sodium chloride 3 %... 70
sodium chloride 5 %... 70
sodium chloride... 70, 100
sodium lactate... 71
sodium phenylbutyrate... 74
sodium phosphate... 71
sodium polystyrene (sorb free)... 71
sodium polystyrene sulfonate... 71
sofosbuvir-velpatasvir... 48
SOLIQUA 100/33... 52
SOLTAMOX... 37
SOLU-MEDROL (PF)... 77
SOLU-MEDROL... 77
SOMATULINE DEPOT... 86
SOMAVERT... 86
sorbitol-mannitol... 100
sorine... 61
sotalol af... 61
sotalol... 61
SPIRIVA RESPIMAT... 109
SPIRIVA WITH HANDIHALER... 109
spironolacton-hydrochlorothiaz... 61
spironolactone... 61
sprintec (28)... 83
SPRITAM... 23
SPRYCEL... 37
SPS (WITH SORBITOL)... 71
sronyx... 83
SSD... 20
STALEVO 100... 41
STALEVO 125... 41
STALEVO 150... 41
STALEVO 200... 41
STALEVO 50... 42
STALEVO 75... 42
stavudine... 48
STELARA... 65
STIMATE... 78
STIOLTO RESPIMAT... 109
STIVARGA... 37
STRENSIQ... 74
streptomycin... 20
STRIBILD... 48
STRIVERDI RESPIMAT... 109
subvenite starter (blue) kit... 23
subvenite starter (green) kit... 23
subvenite starter (orange) kit... 23
subvenite... 23
SUCRAID... 74
sucralfate... 73
sulfacetamide sodium (acne)... 20
sulfacetamide sodium... 20
sulfacetamide-prednisolone... 106
sulfadiazine... 20
sulfamethoxazole-trimethoprim... 20
sulfasalazine... 91
sulindac... 13
sumatriptan succinate... 29
sumatriptan... 29
SUPRAX... 20
SUPREP BOWEL PREP KIT... 73
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 100
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 100
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 101
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 101
SURE-FINE PEN NEEDLES... 101
SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 101

SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 101
SUSTIVA... 48
SUTENT... 37
syeda... 83
SYLATRON... 48
SYLVANT... 90
SYMBICORT... 109
SYMFI LO... 48
SYMFI... 48
SYMJEPI... 109
SYMLINPEN 120... 52
SYMLINPEN 60... 52
SYMPAZAN... 23
SYMTUZA... 48
SYNAREL... 86
SYNERCID... 20
SYNJARDY XR... 52
SYNJARDY... 52
SYNRIBO... 38
SYNTHROID... 85

T

TABLOID... 38
TABRECTA... 38
TACLONEX... 65
tacrolimus... 65, 90
tadalafil (pulm. hypertension)... 109
TAFINLAR... 38
TAGRISSO... 38
TALZENNA... 38
tamoxifen... 38
tamsulosin... 74
TARGRETIN... 38
tarina fe 1-20 eq (28)... 83
tarina fe 1/20 (28)... 83
tarina 24 fe... 83
taron-c dha... 71
TASIGNA... 38
tazarotene... 65
TAZORAC... 65
taztia xt... 61
TAZVERIK... 38
TDVAX... 90
TECENTRIQ... 38
TECFIDERA... 64
TECHLITE INSULIN SYR HALF UNIT... 101
TECHLITE INSULIN SYRINGE... 101
TECHLITE PEN NEEDLE... 101
TEFLARO... 20
TEKTURNA HCT... 62
telmisartan... 62
telmisartan-amlodipine... 62
telmisartan-hydrochlorothiazid... 62
temazepam... 110
TEMIXYS... 48
TEMODAR... 38
temsirolimus... 38
teniposide... 38
TENIVAC (PF)... 90
tenofovir disoproxil fumarate... 48
terazosin... 62
terbinafine hcl... 29
terconazole... 29
TERUMO INSULIN SYRINGE... 101
testosterone cypionate... 84
testosterone enanthate... 84
testosterone... 83
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 90
tetrabenazine... 64
THALOMID... 38
theophylline in dextrose 5 %... 109
theophylline... 109
THINPRO INSULIN SYRINGE... 102
THIOLA... 74
thioridazine... 44
thiotepa... 38
thiothixene... 44
THYROLAR-1... 85
THYROLAR-1/2... 85
THYROLAR-1/4... 85
THYROLAR-2... 85
THYROLAR-3... 85

tiadylt er... 62
tiagabine... 23
TIBSOVO... 38
tigecycline... 20
tilia fe... 84
timolol maleate... 62, 106
tinidazole... 20
TIVICAY PD... 48
TIVICAY... 48
tizanidine... 45
TOBI PODHALER... 110
tobramycin sulfate... 20
tobramycin... 20
tobramycin-dexamethasone... 106
TOLAK... 65
tolterodine... 74
tolvaptan... 71
TOPCARE CLICKFINE... 102
TOPCARE ULTRA COMFORT... 102
topiramate... 23
topotecan... 38
toremifene... 38
torsemide... 62
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 52
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 52
TOVIAZ... 74
TPN ELECTROLYTES... 71
TRACLEER... 110
TRADJENTA... 52
tramadol... 13, 14
tramadol-acetaminophen... 14
trandolapril... 62
trandolapril-verapamil... 62
tranexamic acid... 55
tranylcypromine... 26
TRAVASOL 10 %... 71
TRAVATAN Z... 106
travoprost... 106
TRAZIMERA... 38
trazodone... 26
TREANDA... 38
TRECATOR... 30
TRELEGY ELLIPTA... 110
TRELSTAR... 86
TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 52
TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 52
TRESIBA U-100 INSULIN... 53
tretinoin (antineoplastic)... 38
tretinoin... 65
TREXALL... 90
tri femynor... 84
tri-legest fe... 84
tri-linyah... 84
tri-lo-estarylla... 84
tri-lo-marzia... 84
tri-lo-mili... 84
tri-lo-sprintec... 84
tri-mili... 84
TRI-NORINYL (28)... 84
tri-previfem (28)... 84
tri-sprintec (28)... 84
tri-vylibra lo... 84
tri-vylibra... 84
triamcinolone acetonide... 64, 77
triamterene-hydrochlorothiazid... 62
triderm... 77
trientine... 71
trifluoperazine... 44
trifluridine... 48
trihexyphenidyl... 42
TRIJARDY XR... 53
TRIKAFTA... 110
triklo... 62
trilyte with flavor packets... 73
trimethobenzamide... 27
trimethoprim... 20
trimipramine... 26
trinatal rx 1... 71
TRINTELLIX... 26
TRISENOX... 38
TRIUMEQ... 48
triveen-duo dha... 71

trivora (28)... 84

TRODELVY... 38

TROGARZO... 48

TROPHAMINE 10 %... 71

TROPHAMINE 6%... 71

TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 102

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE... 102

TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 102

TRUEPLUS INSULIN... 102

TRUEPLUS PEN NEEDLE... 102

TRULICITY... 53

TRUMENBA... 90

TRUVADA... 48

TRUXIMA... 38

TUKYSA... 38

tulana... 84

TURALIO... 38

TWINRIX (PF)... 90

TYBOST... 48

TYKERB... 39

TYPHIM VI... 90

U

UDENYCA... 55

ULTICARE INSULIN SYR HALF UNIT... 102

ULTICARE INSULIN SYRINGE... 102

ULTICARE PEN NEEDLE... 102

ULTICARE... 102

ULTIGUARD SAFE PACK... 103

ULTILET ALCOHOL SWAB... 103

ULTILET INSULIN SYRINGE... 103

ULTILET PEN NEEDLE... 103

ULTRA CMFT INS SYR HALF UNIT... 103

ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE... 103

ULTRA FLO INSULIN SYRINGE... 103

ULTRA FLO PEN NEEDLE... 103

ULTRA THIN PEN NEEDLE... 103

ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 103

ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL... 103

ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES... 103

ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE... 103

ULTRACARE INSULIN SYRINGE... 104

ULTRACARE PEN NEEDLE... 104

UNIFINE PENTIPS MAXFLOW... 104

UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW... 104

UNIFINE PENTIPS PLUS... 104

UNIFINE PENTIPS... 104

UNIFINE SAFECONTROL... 104

UNITHROID... 85

UNITUXIN... 39

ursodiol... 73

UVADEX... 65

V

V-GO 20... 104

V-GO 30... 104

V-GO 40... 104

valacyclovir... 48

VALCHLOR... 39

valganciclovir... 48

valproate sodium... 23

valproic acid (as sodium salt)... 23

valproic acid... 23

valrubicin... 39

valsartan... 62

valsartan-hydrochlorothiazide... 62

VALSTAR... 39

VALTOCO... 24

vanadom... 110

vancomycin in dextrose 5 %... 21

vancomycin in 0.9 % sodium chl... 21

vancomycin... 20, 21

vancomycin-water inject (peg)... 21

VANISHPOINT INSULIN SYRINGE... 104

VANISHPOINT SYRINGE... 104

VAQTA (PF)... 90

VARIVAX (PF)... 90

VARIZIG... 90
VASCEPA... 62
VECTIBIX... 39
VELCADE... 39
velivet triphasic regimen (28)... 84
VENCLEXTA STARTING PACK... 39
VENCLEXTA... 39
venlafaxine... 26
VENTAVIS... 110
VENTOLIN HFA... 110
verapamil... 62
VERIFINE PEN NEEDLE... 104
VERIPRED 20... 77
VERSACLOZ... 44
VERZENIO... 39
VICTOZA 2-PAK... 53
VICTOZA 3-PAK... 53
VIDEX EC... 48
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC... 48
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC... 48
vienva... 84
vigabatrin... 24
vigadrone... 24
VIIBRYD... 26
VIMPAT... 24
vinblastine... 39
vincasar pfs... 39
vincristine... 39
vinorelbine... 39
viorele (28)... 84
VIRACEPT... 48
VIRAMUNE... 49
VIREAD... 49
virt-c dha... 71
virt-nate dha... 71
VISTOGARD... 104
VITRAKVI... 39
VIVITROL... 15
VIZIMPRO... 39
volnea (28)... 84
voriconazole... 29
VOSEVI... 49
VOTRIENT... 39
VRAYLAR... 44
vyfemla (28)... 84
vylibra... 84
VYNDAMAX... 62
VYNDAQEL... 63
VYVANSE... 64
VYXEOS... 39
VYZULTA... 106

W

warfarin... 55
water for irrigation, sterile... 104
WEBCOL... 104
WELCHOL... 63
wera (28)... 84
WINRHO SDF... 90
wixela inhub... 110
wymzya fe... 84

X

XALKORI... 39
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 55
XARELTO... 55
XATMEP... 90
XCOPRI MAINTENANCE PACK... 24
XCOPRI TITRATION PACK... 24
XCOPRI... 24
XELJANZ... 91
XGEVA... 92
XIFAXAN... 73
XIGDUO XR... 53
XOFLUZA... 49
XOLAIR... 91
XOSPATA... 39
XPOVIO... 39
XTAMPZA ER... 14
XTANDI... 39
xulane... 84
XULTOPHY 100/3.6... 53
XYREM... 110

Y

YAZ (28)... 84

YERVOY... 39

YF-VAX (PF)... 91

YONDELIS... 40

yuvafem... 84

Z

zafirlukast... 110

ZALTRAP... 40

ZANOSAR... 40

zarah... 84

ZARXIO... 55

ZEJULA... 40

ZELBORAF... 40

zenatane... 65

ZENPEP... 74

ZEPZELCA... 40

ZERBAXA... 21

zidovudine... 49

ZIEXTENZO... 55

ziprasidone hcl... 44

ziprasidone mesylate... 44

ZIRABEV... 40

ZIRGAN... 49

ZOLADEX... 86

zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 92

zoledronic acid... 92

zoledronic acid-mannitol-water... 92

ZOLINZA... 40

zolpidem... 110

zonisamide... 24

ZORTRESS... 91

ZOSTAVAX (PF)... 91

zovia 1/35e (28)... 84

ZUBSOLV... 15

ZULRESSO... 26

zumandimine (28)... 84

ZYDELIG... 40

ZYKADIA... 40

ZYPREXA RELPREVV... 44

1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS... 92

1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 92

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
  - Interpretación remota por video
  - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172. Teléfono: **1-800-794-5907; (TTY: 711**). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted tambien puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Fax: **1-800-956-4288**.

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **U.S. Department of Health and Human Services**. 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building. Washington, D.C. 20201. **1-800–368–1019; 800-537-7697 (TDD)**. Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意： 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Notas

Notas

CarePlus
HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com

CarePlusHealthPlans.com

H1019-085, 091

Este formulario fue actualizado en 10/30/2020. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al 1-800-794-5907 o para usuarios de TTY, 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted tambien puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite www.CarePlusHealthPlans.com.