

GUÍA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Formulario de CarePlus

Lista de Medicamentos Cubiertos

Este formulario fue actualizado en 12/03/2021. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al: **1-800-794-5907** o para usuarios de TTY, **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite es.careplushealthplans.com.



CarePlus
HEALTH PLANS

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

¡Bienvenido CarePlus!

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año anterior. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted está tomando. En esta lista de medicamentos (formulario), "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a CarePlus. Del mismo modo, "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a CarePlus. Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan con vigencia a partir de diciembre de 2021. 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 reglas de Medicare para realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Si usted usa actualmente el medicamento de marca, es posible que no se lo comuniquemos por adelantado antes de hacer ese cambio, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.
 - Si realizamos un cambio de este tipo, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CarePlus?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) decide que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los afiliados que estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca actualmente incluido en el formulario o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas cosas. O podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. En caso de que retiremos medicamentos de nuestro formulario, o añadamos

requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento, o bien que traslademos un medicamento a un nivel superior de costos compartidos, debemos notificar a los afiliados que se vean afectados por el cambio al menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio o cuando el afiliado solicite la repetición del medicamento, en cuyo caso recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

Notificaremos a los afiliados que se vean afectados por los siguientes cambios en el formulario:

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

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionamos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de 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 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura del 2021, excepto según se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año usted no recibirá notificación directa de los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, dichos cambios podrían afectarle, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

¿Qué sucede si usted 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 diciembre de 2021. Actualizaremos los formularios impresos cada mes y estarán disponibles en

<https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides>.

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus, visite **[es.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides](https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides)** 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 un día hábil.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección médica

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

Listado en orden alfabético

Si no sabe muy bien la categoría de su medicamento, puede buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 113. El Índice es una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Aparecen tanto los medicamentos genéricos como los de marca. Busque su medicamento en el Índice. Junto al nombre de cada medicamento, usted verá un número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

Los medicamentos recetados están agrupados en uno de cinco niveles.

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

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

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

La cantidad de dinero que usted paga depende:

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

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** CarePlus requiere que usted obtenga una autorización previa para que ciertos medicamentos sean cubiertos por su plan. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de CarePlus antes de surtir sus medicamentos recetados. Si usted no obtiene aprobación, es posible que CarePlus no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Para algunos medicamentos, CarePlus limita la cantidad del medicamento 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 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 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.

También puede visitar

<https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides> para obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos.

Puede pedirle CarePlus que haga una excepción a estas restricciones o límites. Consulte la sección "**¿Cómo solicito una excepción al formulario?**" en la página 7, para ver información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos, visite

<https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides> para verificar si su plan cubre su medicamento. Usted también puede llamar a Servicios para afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto.

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

- Puede solicitar a Servicios para afiliados una lista de medicamentos similares que CarePlus cubre. Muestre la lista a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CarePlus.
- Puede pedirle 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.

¿Qué es un medicamento compuesto?

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Careplus?

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

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

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 rápida o acelerada si usted o su proveedor de cuidado de la salud piensa que su salud podría verse seriamente afectada por el hecho de tener que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se autoriza su solicitud de aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su proveedor de cuidado de la salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

<https://www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2021-prescription-drug-guides>, en la misma sección donde aparecen las Guías de medicamentos recetados.

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 un día hábil.

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

Formulario de CarePlus

El formulario que empieza en la siguiente página le provee información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por CarePlus. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 113.

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.

Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Estos medicamentos se encuentran en una lista por separado en la página 112.

Cómo leer el formulario

En la primera columna de la tabla aparecen las categorías de afecciones médicas en orden alfabético. Los nombres de los medicamentos están en la lista a continuación en orden alfabético dentro de cada categoría. Los nombres de los medicamentos de marca están escritos con MAYÚSCULAS y los nombres de los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas en *itálicas*. Al lado del nombre del medicamento 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 6 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	4	LC (60 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hr patch; buprenorphine 15 mcg/hr patch; buprenorphine 20 mcg/hr patch; buprenorphine 5 mcg/hr patch; buprenorphine 7.5 mcg/hr patch DL	4	LC (4 cada 28 días)
butalb-acetamin-caf-cod 50-325 DL	4	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	LC (5 cada 28 días)
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, 50 mg, tab MO	2	
diclofenac sod ec 75 mg, tab MO	1	
diclofenac sod er 100 mg, tab MO	2	
diclofenac sodium 1% gel MO	3	
diclofenac-misoprost 50-0.2 mg; diclofenac-misoprost 75-0.2 mg MO	4	
ec-naproxen 500 mg, tablet, delayed release MO	1	
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	3	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour, patch; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch DL	3	LC (20 cada 30 días)
fentanyl cit ofc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg,; fentanyl citrate ofc 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 vial DL	2	B vs D,LC (720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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	3	LC (2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 7.5-325/15 DL	3	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, carpuct 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, carpuct 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, carpuct 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 500 mg/50 ml vl 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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 sod cr 750 mg, tablet MO	4	TP, LC (60 cada 30 días)
naproxen sodium 275 mg, 550 mg, tab MO	3	
oxycodone hcl (ir) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tab; oxycodone hcl (ir) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tablet DL	3	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 5 mg, cap DL	4	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc DL	4	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml, soln DL	3	LC (5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-300; oxycodone-acetaminophen 5-300 DL	5	LC (390 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325; oxycodone-acetaminophen 2.5-325; oxycodone-acetaminophen 7.5-325 DL	3	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 DL	3	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)
PROLATE 10 MG-300 MG/5 ML ORAL SOLUTION DL	5	LC (900 cada 30 días)
sulindac 150 mg, 200 mg, tablet MO	1	

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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% (5 mg/ml) amp; bupivacaine 0.75% vial MO	1	
bupivacaine 0.25% vial; bupivacaine 0.5% vial MO	1	
lidocaine 5% patch MO	4	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine 5% in d7.5w ampul MO	1	
lidocaine 2% viscous soln MO	2	
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	1	
lidocaine-prilocaine cream MO	4	
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% 400 mg/200 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)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm MO	2	LC (60 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm; buprenorphine-nalox 4-1mg film; buprenorphine-nalox 8-2mg film MO	2	LC (90 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 1 MG, CONT MONTH BOX MO	4	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX MO	4	LC (56 cada 28 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg, tablet MO	2	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml, carpject; naloxone 2 mg/2 ml syringe MO	1	
naloxone 0.4 mg/ml, vial 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
naloxone 2 mg auto-injector MO	4	LC (0.8 cada 30 días)
naltrexone 50 mg, tablet MO	2	
NARCAN 4 MG/ACTUATION, NASAL SPRAY MO	3	LC (2 cada 30 días)
NICOTROL NS 10 MG/ML, NASAL SPRAY MO	4	
apo-varenicline 0.5 mg, 1 mg, tablet MO	4	LC (56 cada 28 días)
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	3	
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	2	
amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg, tablet MO	2	
ampicillin 250 mg, 500 mg, capsule MO	1	
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	3	
ampicillin-sulb 1.5 g add vial; ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl; ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial MO	3	
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, 600 mg, tablet MO	2	
azithromycin i.v. 500 mg, vial MO	2	
aztreonam 1 gm vial MO	4	
aztreonam 2 gm 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
bacitracin 50,000 unit, vial MO	1	
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	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml, susp MO	2	
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	2	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose; cefazolin 2 g/50 ml-dextrose MO	2	
cefдинир 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, susp MO	2	
cefдинир 300 mg, capsule MO	2	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram, vial MO	3	
cefepime-dextrose 1 gm/50 ml; cefepime-dextrose 2 gm/50 ml MO	3	
cefepime 1 gm injection; cefepime 2 gm injection MO	3	
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	3	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag MO	3	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg, tablet MO	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, susp MO	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg, tablet MO	2	
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	2	
ceftriaxone 1 gm-d5w bag; ceftriaxone 2 gm-d5w bag MO	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg, tab MO	2	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg, vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial MO	1	
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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cephalexin 250 mg, 500 mg, capsule MO	1	
chloramphen na succ 1 gm vl MO	2	
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	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg, tablet MO	2	
clarithromycin er 500 mg, tab MO	2	
CLEOCIN 100 MG, VAGINAL SUPPOSITORY MO	4	
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	3	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml, MO	3	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml, oral solution MO	4	
clindamycin 2% vaginal cream MO	3	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl MO	3	
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	
DIFICID 40 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	5	
doxy-100 100 mg, intravenous solution MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg, cap MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg, tab MO	3	
doxycycline hyclate 100 mg, vl MO	2	
doxycycline hyclate 20 mg, tab MO	2	
doxycycline 25 mg/5 ml, susp MO	4	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg, tablet MO	3	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, cap MO	2	
ertapenem 1 gram, vial DL	5	
ERYTHROCIN 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
erythromycin dr 250 mg, cap MO	4	
gentamicin 0.1% cream MO	3	
gentamicin 0.1% ointment 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gentamicin 20 mg/2 ml, 40 mg/ml, vial; gentamicin 80 mg/2 ml vial MO	1	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml,; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml, MO	1	
isoton gentamicin 100 mg/50 ml, MO	2	
gentamicin ped 20 mg/2 ml, vial MO	1	
gentamicin 10 mg/ml vial MO	1	
imipenem-cilastatin 250 mg, vl MO	3	
imipenem-cilastatin 500 mg, vl MO	4	
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 750 mg/30 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	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg, vial MO	3	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 MO	3	
methenamine hipp 1 gm tablet MO	3	
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 MO	4	
metronidazole vaginal 0.75% gl MO	3	
metronidazole 500 mg/100 ml, MO	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg, capsule MO	2	
moxifloxacin hcl 400 mg, tablet MO	3	
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 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg, cap ^{MO}	3	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg, ^{MO}	3	
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 300 mg, 400 mg, tablet ^{MO}	2	
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, ^{MO}	3	
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, ^{MO}	3	
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}	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit, solution for injection ^{DL}	5	
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}	3	
polymyxin b sulfate vial ^{MO}	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML, ORAL SOLUTION ^{MO}	4	
SIVEXTRO 200 MG, INTRAVENOUS SOLUTION ^{DL}	5	LC (6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG, TABLET ^{DL}	5	LC (6 cada 28 días)
streptomycin sulf 1 gm vial ^{DL}	5	
sulfacetamide 10% eye ointment ^{MO}	2	
sulfacetamide sod 10% top susp ^{MO}	4	LC (118 cada 30 días)
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 300 mg/4 ml, ampule DL	5	AP
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml, vial MO	1	
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	
vancomycin hcl 125 mg, capsule MO	4	AP,LC (120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg, capsule DL	5	AP,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		
APTOM 200 MG, 400 MG, TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
APTOM 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 DL	5	AP
carbamazepine 100 mg, tab chew MO	2	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml, susp; carbamazepine 200 mg/10ml susp MO	4	
carbamazepine 200 mg, tablet MO	2	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg, cap MO	4	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, tablet MO	4	LC (120 cada 30 días)
carbamazepine er 400 mg, tablet MO	4	LC (225 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CELONTIN 300 MG, CAPSULE MO	4	
clobazam 10 mg, 20 mg, tablet DL	4	AP
clobazam 2.5 mg/ml, suspension DL	4	AP
DIACOMIT 250 MG, 500 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG, ORAL POWDER PACKET DL	5	AP,LC (180 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, cp(sprnk) MO	3	
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg, tab MO	2	
divalproex sod er 250 mg, 500 mg, tab MO	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	5	AP
epitol 200 mg, tablet MO	2	
EPRONTIA 25 MG/ML, ORAL SOLUTION MO	4	AP,LC (480 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg, capsule MO	3	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	2	LC (900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml, vial MO	4	
levetiracetam er 500 mg, tablet MO	2	LC (180 cada 30 días)
levetiracetam er 750 mg, tablet MO	2	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)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg, tablet MO	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp MO	4	
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	1	
roweepra xr 500 mg, tablet,extended release MO	2	LC (180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg, tablet,extended release MO	2	LC (120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg, tablet DL	5	AP,LC (480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml, suspension DL	5	AP,LC (2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg, tablet DL	5	AP,LC (240 cada 30 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	1	
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	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML), 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 packet 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 250 MG DAILY DOSE PACK; XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil hcl 10 mg, 5 mg, tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, tablet MO	1	LC (30 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, tablet MO	1	LC (60 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml, oral soln MO	3	LC (200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg, capsule MO	3	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg, tablet MO	3	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	3	AP,LC (360 cada 30 días)
memantine hcl er 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg, capsule MO	3	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)
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg, capsule MO	3	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg, capsule MO	3	LC (60 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, tab MO	2	
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	2	
citalopram hbr 20 mg, tablet MO	1	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule MO	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, tablet MO	3	
desvenlafaxine succnt er 100 mg, 25 mg, 50 mg,; desvenlafaxine succnt er 100mg 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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, 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	3	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	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg, cap MO	4	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg, tablet MO	3	
MARPLAN 10 MG, TABLET MO	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg, tablet MO	2	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg, odt MO	3	LC (30 cada 30 días)
nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg, tablet MO	3	
nortriptyline 10 mg/5 ml, soln MO	4	
nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, cap MO	4	
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	LC (60 cada 30 días)
paroxetine er 25 mg, tablet MO	4	LC (90 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml, susp MO	4	
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg, tablet MO	2	LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML, ORAL SUSPENSION MO	4	
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	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
phenelzine sulfate 15 mg, tab ^{MO}	2	
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg, tablet ^{MO}	4	
sertraline 20 mg/ml, oral conc ^{MO}	2	
sertraline hcl 100 mg, tablet ^{MO}	1	LC (60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg, 50 mg, tablet ^{MO}	1	LC (90 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}	2	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg, cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg, cp ^{MO}	4	
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)
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)
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial; granisetron hcl 1 mg/ml vial ^{MO}	2	
granisetron hcl 1 mg, tablet ^{MO}	2	B vs D,LC (28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml vial; granisetron hcl 4 mg/4 ml vial ^{MO}	2	
meclizine 12.5 mg, 25 mg, tablet ^{MO}	2	
metoclopramide 10 mg, 5 mg, tablet ^{MO}	1	
metoclopramide 10 mg/2 ml syr ^{MO}	1	
metoclopramide 10 mg/2 ml vial ^{MO}	1	
metoclopramide 5 mg/5 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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ondansetron 40 mg/20 ml vial MO	4	
ondansetron hcl 24 mg, tablet MO	2	B vs D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg, tablet MO	1	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml, syr MO	4	
ondansetron hcl 4 mg/2 ml, vial MO	4	
prochlorperazine 25 mg, supp MO	3	
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	
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	2	B vs D
caspofungin acetate 50 mg, 70 mg, vial DL	5	
ciclodan 8 %, topical solution MO	2	LC (13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% cream MO	2	LC (90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% gel MO	4	LC (100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% topical susp MO	3	LC (60 cada 30 días)
ciclopirox 8% solution MO	2	LC (13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1% solution MO	2	
clotrimazole 1% topical cream MO	2	
clotrimazole 10 mg, troche MO	2	
clotrimazole-betamethasone crm MO	3	LC (180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone lot MO	3	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	AP,LC (85 cada 30 días)
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
flucytosine 250 mg, 500 mg, capsule DL	5	
griseofulvin 125 mg/5 ml, susp MO	3	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg, tab MO	4	
itraconazole 100 mg, capsule MO	4	LC (120 cada 30 días)
ketoconazole 2% cream MO	2	LC (60 cada 30 días)
ketoconazole 2% shampoo MO	2	LC (120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg, tablet MO	4	AP
miconazole 100 mg, 50 mg, vial DL	5	
miconazole-3 200 mg, vaginal suppository MO	3	
NOXAFIL 100 MG, TABLET, DELAYED RELEASE DL	5	AP
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	4	AP
nystatin 100,000 unit/gm cream MO	2	
nystatin 100,000 unit/gm oint MO	2	
nystatin 100,000 unit/gm powd MO	4	AP
nystatin 100,000 unit/ml, susp MO	2	
nystatin 500,000 unit, oral tab MO	2	
nystatin-triamcinolone cream MO	4	
nystatin-triamcinolone ointm MO	4	
nystop 100,000 unit/gram, topical powder MO	4	AP
posaconazole dr 100 mg, tablet DL	5	AP
terbinafine hcl 250 mg, tablet MO	1	
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream MO	2	
terconazole 80 mg, suppository MO	3	
voriconazole 200 mg, 50 mg, tablet MO	3	AP, LC (120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg, vial DL	5	AP
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	
MITIGARE 0.6 MG, CAPSULE MO	3	
probenecid 500 mg, tablet MO	3	
probenecid-colchicine tablet MO	3	
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR MO	4	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR MO	4	AP,LC (2 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml, amp DL	5	
dihydroergotamine 4 mg/ml spray DL	5	LC (8 cada 30 días)
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)
ergotamine-caffeine 1-100mg tb MO	3	LC (40 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)
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	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg, tablet MO	1	
isoniazid 100 mg/ml, vial MO	1	
isoniazid 50 mg/5 ml, solution MO	3	
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 TABLET MO	4	
SIRTURO 100 MG, TABLET DL	5	AP,LC (68 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SIRTURO 20 MG, TABLET DL	5	AP,LC (340 cada 28 días)
TRECTOR 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	3	B vs D
ADRIAMYCIN 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION MO	3	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)
amifostine 500 mg, vial DL	5	
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)
ASPARLAS 750 UNIT/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
AVASTIN 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg, vial DL	5	AP
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BICNU 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
BLENREP 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit, vial MO	3	B vs D
bortezomib 3.5 mg, iv 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	
BUSULFEX 60 MG/10 ML, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
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 150 mg/15 ml vial MO	2	
carmustine 100 mg, vial MO	4	
cisplatin 100 mg/100 ml vial MO	4	
cladribine 10 mg/10 ml, vial DL	5	B vs D
clofarabine 20 mg/20 ml, vial DL	5	
CLOLAR 20 MG/20 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
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	
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
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg, tablet 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

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dacarbazine 100 mg, 200 mg, vial MO	4	
dactinomycin 500 mcg vial DL	5	
DANYELZA 4 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (120 cada 28 días)
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	
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	
DOCEFREZ 20 MG, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
DOCEFREZ 80 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
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	
doxorubicin 10 mg, 50 mg, vial MO	3	B vs D
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml, vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial MO	2	B vs D
doxorubicin liposome 50mg/25ml DL	5	AP
ELZONRIS 1,000 MCG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (10 cada 21 días)
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	
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, VIAL DL	5	AP
ETOPOPHOS 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
etoposide 100 mg/5 ml vial MO	2	
everolimus 2 mg, 3 mg, 5 mg, tab for susp DL	5	AP
EVOMELA 50 MG, 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
exemestane 25 mg, tablet MO	4	LC (60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (6 cada 21 días)
floxuridine 500 mg vial MO	1	B vs D
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml, vial MO	4	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml, vial; fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml, vial MO	2	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
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml, syringe 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 vial; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vial; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vial; 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	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG, TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
HERCEPTIN 150 MG, INTRAVENOUS SOLUTION 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 10 MG, 30 MG, 45 MG, TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vial DL	5	
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	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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, vial MO	4	
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)
JEMPERLI 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION	5	AP,LC (20 cada 42 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)
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)
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	1	LC (30 cada 30 días)
leucovorin cal 100 mg/10 ml vl MO	2	
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg, tab MO	2	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg, vial; leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg, vl MO	3	
LEUKERAN 2 MG, TABLET MO	3	
levoleucovorin 10 mg/ml, 50 mg, vial; levoleucovorin 175 mg/17.5 ml DL	5	AP
LEVULAN 20 %, TOPICAL SOLUTION MO	4	
LIBTAYO 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (7 cada 21 días)
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)
LUMAKRAS 120 MG, TABLET DL	5	AP,LC (240 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)
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 50 mg, vial w-diluent MO	1	
mercaptopurine 50 mg, tablet MO	3	
MESNEX 400 MG, TABLET DL	5	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg, vial DL	5	
mitoxantrone 30 mg/15 ml vial MO	3	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	
NUBEQA 300 MG, TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
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 120 MG/12 ML, 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	
paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial MO	3	
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	
paraplatin 10 mg/ml, intravenous solution MO	2	
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG, TABLET DL	5	AP,LC (14 cada 21 días)
PEPAXTO 20 MG, VIAL DL	5	AP,LC (2 cada 28 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)
RIABNI 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
RITUXAN 10 MG/ML, CONCENTRATE, INTRAVENOUS 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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, 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, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
RYBREVA 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	5	AP
SARCLISA 20 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (16 cada 28 días)
SCEMBLIX 20 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG, TABLET DL	5	AP,LC (300 cada 30 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)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, cap; sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, capsule DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG, TABLET MO	3	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
TEPMETKO 225 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
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	
thiotepa 15 mg, vial MO	1	
TIBSOVO 250 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (5 cada 21 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	
toremifene citrate 60 mg, tab DL	5	LC (30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 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
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1), CAPSULE DL	5	AP,LC (21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), CAPSULE; TRUSELTIQ 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE DL	5	AP,LC (42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3), CAPSULE DL	5	AP,LC (63 cada 28 días)
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)
TYKERB 250 MG, TABLET DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
UKONIQ 200 MG, TABLET DL	5	AP,LC (120 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

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
VISTOGARD 10 GRAM, ORAL GRANULES IN PACKET DL	5	LC (20 cada 365 días)
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
WELIREG 40 MG, TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG, TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	5	AP,LC (20 cada 28 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), TABLET; XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE; XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY DOSE; XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	5	AP,LC (16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), TABLET DL	5	AP,LC (4 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	5	AP,LC (12 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 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)
XTANDI 40 MG, TABLET DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
YONDELIS 1 MG, 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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, TABLET DL	5	AP,LC (150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg, tablet DL	5	
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	2	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET MO	4	LC (24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, tab MO	2	
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	
mefloquine hcl 250 mg, tablet MO	2	
NEBUPENT 300 MG, SOLUTION FOR INHALATION MO	4	B vs D
nitazoxanide 500 mg, tablet DL	5	LC (40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG, SOLUTION FOR INJECTION MO	4	
pentamidine 300 mg, inhal powdr MO	4	B vs D
pentamidine 300 mg, vial MO	4	
praziquantel 600 mg, tablet MO	4	
primaquine 26.3 mg, tablet MO	3	
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	AP,LC (84 cada 28 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
benztropine 2 mg/2 ml ampule MO	4	
benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet MO	2	
bromocriptine 2.5 mg, tablet MO	3	
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)
KYNMOBI 10 MG, 10-15-20-25-30 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, SUBLINGUAL FILM; KYNMOBI 10 MG-15 MG-20 MG-25 MG-30 MG SUBLINGUAL FILM DL	5	AP,LC (150 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	3	LC (30 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, tablet MO	2	
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	2	
selegiline hcl 5 mg, tablet MO	2	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg, tablet MO	3	
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml soln MO	3	
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	
aripiprazole odt 10 mg, 15 mg, tablet DL	5	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
asenapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet sl MO	4	AP,LC (60 cada 30 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 100 mg/ml, 30 mg/ml, conc 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)
droperidol 5 mg/2 ml vial MO	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK DL	4	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	3	
fluphenazine 2.5 mg/ml, vial MO	4	
fluphenazine 5 mg/ml, conc 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 dec 100 mg/ml, 50 mg/ml, vial MO	3	
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 HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (3.5 cada 180 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (5 cada 180 días)
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 (0.875 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE	5	LC (1.315 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 (2.625 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	
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
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 34 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg, tablet MO	3	
olanzapine 10 mg, vial MO	3	
olanzapine odt 10 mg, 5 mg, tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
olanzapine odt 15 mg, 20 mg, tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, tablet MO	4	LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg, tablet MO	4	LC (60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg, tablet MO	3	
PERSERIS 120 MG, 90 MG, ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE DL	5	LC (1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg, tablet MO	3	
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, tab MO	2	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg, tab MO	2	LC (120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 300 mg, 400 mg, tab MO	2	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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, INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE MO	4	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 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	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg, capsule MO	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg, tablet MO	2	
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	
ziprasidone 20 mg/ml vial MO	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	5	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	1	
baclofen 5 mg, tablet MO	1	LC (90 cada 30 días)
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 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	1	
acyclovir 400 mg, 800 mg, tablet MO	1	

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
acyclovir 5% ointment MO	4	AP,LC (30 cada 30 días)
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 1 gm vial; acyclovir sodium 1,000 mg, 50 mg/ml, 500 mg, vial MO	2	B vs D
adefovir dipivoxil 10 mg, tab DL	5	
APTIVUS 250 MG, CAPSULE DL	5	LC (120 cada 30 días)
APTIVUS 100 MG/ML, SOLUTION DL	5	LC (285 cada 28 días)
atazanavir sulfate 150 mg, 200 mg, cap MO	4	LC (60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg, cap MO	4	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)
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE; CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE DL	5	LC (50 cada 365 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 250 mg, 400 mg, capsule MO	3	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 MO	4	LC (120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg, capsule MO	4	LC (480 cada 30 días)
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 100-150mg; emtricitabine-tenofv 133-200mg; emtricitabine-tenofv 167-250mg; 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 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETS IN PACKET 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	5	AP,LC (56 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET; 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	
etravirine 100 mg, tablet DL	5	LC (120 cada 30 días)
etravirine 200 mg, tablet DL	5	LC (60 cada 30 días)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET DL	5	LC (30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg, tablet MO	2	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, 25 MG, TABLET DL	5	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG, TABLET DL	5	LC (60 cada 30 días)
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 DL	4	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET DL	5	LC (150 cada 30 días)
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	
lopinavir-ritonavir 100-25mg tb MO	4	LC (300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50mg tb 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 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 DL	5	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 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)
rimantadine hcl 100 mg, tablet MO	3	
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, 25 MG, TABLET DL	5	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	5	LC (1800 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG, TABLET DL	5	LC (120 cada 30 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)
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 DL	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)
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)
valganciclovir hcl 1 gram, 500 mg, tablet MO	3	
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 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)
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)
VOCABRIA 30 MG, TABLET DL	5	LC (30 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)
XOFLUZA 80 MG, TABLET MO	4	LC (5 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)
buspirona 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 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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
doxepin 10 mg/ml, oral conc MO	4	
hydroxyzine 10 mg/5 ml, syrup 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	
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 PEN INJECT 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 DL	5	
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	2	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	3	
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	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	2	
LEVEMIR FLEXTouch U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN MO	3	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	2	
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	2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	2	
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	2	
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	2	
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	2	
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 CARTRIDGE MO	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	2	
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), 1 MG/DOSE (4 MG/3 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 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	2	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
PRODUCTOS SANGUENOS Y MODIFICADORES		
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)
BRILINTA 60 MG, 90 MG, TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG, INJECTION KIT DL	5	AP,LC (30 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	3	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml, syr MO	3	LC (22.4 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml, syr MO	3	LC (16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml, vial MO	3	LC (84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml, syr MO	3	LC (11.2 cada 28 días)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
heparin 10,000 unit/10 ml vial; 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 5,000 unit/ml carpuct 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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
NEULASTA 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 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, 75 MG, TABLET DL	5	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, ORAL POWDER PACKET DL	5	AP,LC (360 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)
PROMACTA 50 MG, TABLET DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML, INJECTION SOLUTION MO	4	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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
acetazolamide sod 500 mg, vial MO	1	
adenosine 12 mg/4 ml syringe MO	1	
adenosine 12 mg/4 ml vial MO	1	
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	1	
amiodarone 150 mg/3 ml vial MO	2	
amiodarone 150 mg/3 ml, syringe 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)
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	4	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 2.5 mg/10 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	2	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
candesartan cilexetil 32 mg, tb MO	2	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	2	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 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 sod 500 mg, vial MO	1	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg, tablet MO	2	
cholestyramine packet; cholestyramine powder MO	3	
cholestyramine light 4 gram, oral powder; cholestyramine light 4 gram, powder for susp in a packet MO	3	
cholestyramine light 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 1 gm tablet MO	3	
colestipol hcl granules MO	4	LC (1000 cada 30 días)
colestipol hcl granules packet MO	4	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG, TABLET MO	4	AP, LC (60 cada 30 días)
CORLOPAM 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	
DEMSEER 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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
droxidopa 100 mg, 200 mg, capsule DL	5	AP,LC (90 cada 30 días)
droxidopa 300 mg, capsule DL	5	AP,LC (180 cada 30 días)
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 2.5 mg/2 ml vial MO	1	
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	3	
ethacrynate sodium 50 mg, vial MO	4	
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	2	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 100 mg/10 ml syring MO	2	
furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg, tablet MO	1	
gemfibrozil 600 mg, tablet MO	1	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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, 25 mg, 50 mg, tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, tb MO	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, cp 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 dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tab MO	2	
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	3	
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 soln; 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	1	
mannitol 20% iv solution MO	1	
mannitol 25% vial MO	2	
mannitol 5% iv solution MO	1	
methazolamide 25 mg, 50 mg, tablet MO	4	
methyldopa 250 mg, 500 mg, tablet MO	1	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg, tab 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
MULTAQ 400 MG, TABLET MO	3	LC (60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg, tablet MO	3	
nebivolol 10 mg, tablet MO	3	LC (120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg, tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg, tablet MO	3	LC (60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG, TABLET MO	3	AP,LC (30 cada 30 días)
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET MO	3	AP,LC (30 cada 30 días)
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	3	
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 400 mcg spray MO	4	
nitroglycerin 5 mg/ml vial MO	1	
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	1	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	
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, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml), vial; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln MO	2	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, tablet MO	2	
propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg, capsule MO	2	
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 sulfate 200 mg, 300 mg, tab MO	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, capsule MO	1	

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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	
torsemid 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, 75-50 mg, tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg, tb MO	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, cp MO	1	
triklo 1 gm 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	3	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM, CAPSULE MO	3	LC (120 cada 30 días)
verapamil 10 mg/4 ml syringe MO	1	
verapamil 10 mg/4 ml vial MO	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg, tablet MO	1	LC (120 cada 30 días)
verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg, tablet MO	1	
verapamil er pm 100 mg, 200 mg, 300 mg, capsule MO	2	
verapamil sr 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule MO	2	
verapamil sr 360 mg, capsule MO	2	LC (60 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG, TABLET MO	3	TP,LC (30 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 15 mg, tab MO	4	LC (120 cada 30 días)
dextroamphetamine 20 mg, tab MO	4	LC (90 cada 30 días)
dextroamphetamine 30 mg, tab MO	4	LC (60 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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
guanfacine hcl er 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, tablet MO	2	LC (30 cada 30 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)
NUDEXTA 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)
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)
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	3	
triamcinolone 0.1% paste MO	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule MO	4	LC (60 cada 30 días)
accutane 40 mg, capsule MO	4	LC (120 cada 30 días)
acitretin 10 mg, capsule MO	4	AP,LC (90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg, capsule MO	4	AP,LC (60 cada 30 días)
acitretin 25 mg, capsule MO	4	AP
adapalene 0.1% gel; adapalene 0.3% gel; adapalene 0.3% gel pump MO	3	LC (45 cada 30 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ammonium lactate 12% cream MO	2	
ammonium lactate 12% lotion MO	2	
amnestem 10 mg, 20 mg, capsule MO	4	LC (60 cada 30 días)
amnestem 40 mg, capsule MO	4	LC (120 cada 30 días)
azelaic acid 15% gel MO	4	TP,LC (50 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% crm MO	3	LC (90 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% lot MO	3	LC (120 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% oint MO	3	LC (90 cada 30 días)
betamethasone va 0.1% cream MO	2	LC (180 cada 30 días)
betamethasone va 0.1% lotion MO	2	LC (120 cada 30 días)
betamethasone valer 0.1% ointm MO	2	LC (180 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% crm MO	2	LC (100 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% gel MO	3	LC (100 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% lot MO	3	LC (120 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% oin MO	3	LC (100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% cream MO	4	AP,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,LC (60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule MO	4	LC (60 cada 30 días)
claravis 40 mg, capsule MO	4	LC (120 cada 30 días)
CLINDAGEL 1 %, TOPICAL GEL, ONCE DAILY DL	5	AP,LC (75 cada 30 días)
clindamycin ph 1% gel MO	3	LC (60 cada 30 días)
clindamycin ph 1% solution MO	3	LC (60 cada 30 días)
clindamycin phos 1% pledget MO	2	
clindamycin phosp 1% lotion MO	3	LC (60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1% gel MO	4	AP,LC (75 cada 30 días)
clobetasol 0.05% cream MO	4	LC (120 cada 30 días)
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	2	LC (100 cada 30 días)
clobetasol 0.05% topical lotn MO	4	LC (240 cada 28 días)
clobetasol emollient 0.05% crm MO	4	LC (120 cada 30 días)
cormax 0.05% solution MO	4	LC (100 cada 30 días)
CORTISPORIN CREAM 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
desonide 0.05% cream MO	4	LC (240 cada 30 días)
desonide 0.05% ointment MO	4	LC (240 cada 30 días)
desoximetasone 0.25% cream MO	2	LC (120 cada 30 días)
desoximetasone 0.25% ointment MO	4	LC (120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3% gel MO	3	AP
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM MO	4	LC (120 cada 30 días)
ery pads 2 %, topical swab MO	3	LC (60 cada 30 días)
erythromycin 2% solution MO	3	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% body oil MO	4	LC (118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.025% cream MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% solution MO	4	LC (180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025% ointment MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% scalp oil MO	4	LC (118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05% cream MO	3	LC (120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05% gel MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05% ointment MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05% solution MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05 %, topical cream MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluocinonide-e 0.05% cream MO	4	LC (120 cada 30 días)
fluorouracil 0.5% cream DL	5	LC (60 cada 30 días)
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% topical soln MO	2	
fluorouracil 5% cream MO	4	
fluticasone prop 0.005% oint MO	2	LC (240 cada 30 días)
fluticasone prop 0.05% cream MO	2	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 1% cream MO	2	LC (28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream MO	2	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment MO	2	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg, tablet MO	2	
hydrocortisone 2.5% cream MO	4	LC (60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5% lotion MO	2	LC (236 cada 30 días)
hydrocortisone val 0.2% cream MO	4	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone val 0.2% ointmt MO	4	LC (240 cada 30 días)
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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
lindane 1% shampoo MO	4	LC (60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 %, TOPICAL MO	4	LC (240 cada 30 días)
malathion 0.5% lotion MO	4	
methoxsalen 10 mg, softgel DL	5	
mometasone furoate 0.1% cream MO	2	LC (180 cada 30 días)
mometasone furoate 0.1% oint MO	2	LC (180 cada 30 días)
mometasone furoate 0.1% soln MO	2	LC (180 cada 30 días)
mupirocin 2% ointment MO	2	
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)
permethrin 5% cream MO	3	
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	LC (100 cada 30 días)
podofilox 0.5% topical soln MO	4	LC (7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 %, topical cream perineal applicator MO	4	LC (60 cada 30 días)
procto-pak 1 %, topical cream perineal applicator MO	2	LC (28.4 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 %, topical cream perineal applicator MO	4	LC (60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 %, topical cream perineal applicator MO	4	LC (60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 %, TOPICAL GEL DL	5	AP
SANTYL 250 UNIT/GRAM, TOPICAL OINTMENT MO	3	LC (180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5% lotion MO	1	LC (120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1% cream MO	2	
SSD 1 %, TOPICAL CREAM MO	2	
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION MO	3	LC (420 cada 30 días)
tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment MO	4	LC (200 cada 30 días)
tazarotene 0.1% cream MO	3	AP,LC (120 cada 30 días)
TAZORAC 0.05 %, 0.1 %, TOPICAL GEL MO	4	AP,LC (200 cada 30 días)
tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.05% gel MO	3	AP,LC (45 cada 30 días)
tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream MO	3	AP,LC (45 cada 30 días)
tretinoin 0.025% gel MO	4	AP,LC (45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML, INJECTION SOLUTION MO	4	
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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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
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	2	
calcium acetate 667 mg, tablet MO	2	
calcium chloride 10% abboject MO	1	
calcium chloride 10% vial MO	1	
calcium gluc 1,000mg/50ml-nacl MO	1	
calcium gluc 10,000 mg/100 ml 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%-25% SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX 4.25%-25% SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX 4.25 %, IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
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 6 % IN 5 % 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS 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 %, 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
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION MO	4	B vs D
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS 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	
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol MO	1	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv MO	1	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln MO	2	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln MO	2	
deferasirox 125 mg, 180 mg, 250 mg, 360 mg, 500 mg, 90 mg, tablet; deferasirox 125 mg, 180 mg, 250 mg, 360 mg, 500 mg, 90 mg, tb for susp DL	5	AP
DEPEN TITRATABS 250 MG, TABLET DL	5	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln MO	1	
dextrose 10%-water iv solution MO	1	
dextrose 20%-water iv soln MO	1	
dextrose 25%-water syringe MO	1	
dextrose 30%-water iv soln MO	1	
dextrose 40%-water iv soln MO	1	
dextrose 5%-water 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
dextrose 5%-lr iv solution MO	1	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln MO	1	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln MO	1	
dextrose 50%-water syringe MO	2	
dextrose 50%-water vial MO	1	
dextrose 70%-water iv soln MO	2	
dextrose 5%-electrolyte 48 MO	1	
FREAMINE HBC 6.9% IV SOLN MO	4	B vs D
FREAMINE III 10% IV SOLN. MO	4	B vs D
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML, INTRAVENOUS SOLUTION MO	1	
HEPATAMINE 8% IV 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	
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 15 gm/60 ml 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	1	
levocarnitine 330 mg, tablet MO	2	
levocarnitine 1 g/10 ml soln MO	3	
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	1	
magnesium sulfate 50% vial MO	1	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w MO	1	
magnesium sulf 2 g/50 ml bag; magnesium sulf 4 g/100 ml bag; magnesium sulf 4 g/50 ml bag 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
magnesium sulf 20 g/500 ml bag; magnesium sulf 40 g/1,000 ml MO	1	
NEONATAL COMPLETE 29 MG-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET MO	4	
NEONATAL-DHA 29 MG-1 MG-200 MG-500 MG ORAL PACK MO	4	
NEPHRAMINE 5.4% IV 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
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	1	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) MO	4	LC (1125 cada 30 días)
potassium cl 20 meq/10 ml conc MO	2	
potassium cl 20% (40 meq/15ml) MO	4	
potassium cl er 10 meq, 15 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	
potassium cl 20 meq/1,000ml-ns; potassium cl 40 meq/1,000ml-ns MO	1	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, iv solution; kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution MO	1	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer MO	1	
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	3	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl MO	1	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl MO	1	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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
ringer's iv solution MO	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet MO	4	
sevelamer 0.8 gm powder packet DL	5	LC (540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet DL	5	LC (180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg, tab MO	4	LC (540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 %, INTRAVENOUS EMULSION MO	4	B vs D
sodium acetate 200 meq/100 ml 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	1	
sodium chloride 5% iv soln MO	1	
sodium lactate 50 meq/10 ml vl MO	1	
sodium phosphate 45 mmol/15 ml MO	1	
sod polystyren sulf 15 g/60 ml MO	3	
sodium polystyrene sulf powder MO	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION MO	3	

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA MO	3	
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	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet MO	4	
AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazol-amoxicil-clarithro MO	4	TP
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	3	
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 (60 cada 30 días)
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	1	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
gavilyte-n 420 gram, oral solution MO	2	
generlac 10 gram/15 ml, oral solution MO	2	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml, vial MO	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg, tablet MO	3	
lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution MO	2	
lansoprazole dr 15 mg, 30 mg, capsule MO	3	LC (60 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	1	
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	2	
peg-3350 and electrolytes soln MO	2	
peg 3350-electrolyte solution MO	2	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE MO	4	LC (120 cada 30 días)
rabeprazole sod dr 20 mg, tab MO	3	LC (60 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION MO	4	LC (36 cada 30 días)
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	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION MO	3	
SUTAB 1.479-0.188-0.225 GRAM TABLET MO	4	
trilyte with flavor packets MO	2	
ursodiol 250 mg, tablet MO	3	
ursodiol 500 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 O PROTEINA: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
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
EVRYSDI 0.75 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	5	AP,LC (240 cada 30 días)
KUVAN 100 MG, 500 MG, ORAL POWDER PACKET DL	5	AP
KUVAN 100 MG, SOLUBLE TABLET 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	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION; PROLASTIN-C 1,000 MG, 1,000 MG (+/-)/20 ML, INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION DL	5	AP
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML), INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	5	
sapropterin 100 mg, 500 mg, powder pkt DL	5	AP
sapropterin 100 mg, tablet 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	
VYNDAMAX 61 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
ZOKINVY 50 MG, 75 MG, CAPSULE DL	5	AP,LC (120 cada 30 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin hcl er 10 mg, tablet MO	1	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg, tablet MO	3	
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	2	
GEMTESA 75 MG, TABLET MO	4	LC (30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE MO	3	LC (30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML, ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE MO	3	LC (300 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)
solifenacin 10 mg, 5 mg, tablet MO	2	LC (30 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg, capsule MO	2	
THIOLA 100 MG, TABLET DL	5	
tiopronin 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)
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
a-hydrocort 100 mg, vial MO	1	
ARISTOSPAN 20 MG/ML, VIAL MO	4	
ARISTOSPAN 5 MG/ML, VIAL MO	4	
betamethasone sp-ac 30 mg/5 ml 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
cortisone 25 mg, tablet MO	3	
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	2	
dexamethasone 10 mg/ml, syringe MO	2	
dexamethasone 10 mg/ml, vial MO	2	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml, vial MO	2	
dexamethasone 4 mg/ml, syringe MO	2	
fludrocortisone 0.1 mg, tablet MO	2	
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	
prednisolone 15 mg/5 ml, soln MO	2	
prednisolone 15 mg/5 ml soln; prednisolone 5 mg/5 ml soln MO	2	
prednisolone 20 mg/5 ml soln MO	4	
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	2	B vs D
prednisone intensol 5 mg/ml, oral concentrate MO	3	B vs D
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	3	
desmopressin acetate 0.1 mg, tb MO	4	LC (180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg, tb MO	4	
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
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 tablet MO	4	LC (91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet MO	4	
ANADROL-50 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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 day 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)
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	2	LC (5 cada 30 días)
DEPO-PROVERA 400 MG/ML, VIAL 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	
desogestrel-ee 0.15-0.03 mg, tb MO	4	
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet MO	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr, transdermal patch MO	3	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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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	2	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	3	LC (8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet MO	1	
estradiol 10 mcg, vaginal insrt MO	3	
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	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet MO	4	
gianvi 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	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91), tablets,3 month dose pack MO	4	LC (91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg, tablet MO	4	
introvale 0.15-0.03 mg tablet MO	4	LC (91 cada 90 días)
isibloom 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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	
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 (28) 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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	4	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet MO	4	
luter (28) 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
lyleq 0.35 mg, tablet MO	4	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr, transdermal patch MO	3	LC (8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg, tablet MO	4	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet MO	4	
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 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet MO	4	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet MO	4	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet MO	4	
mili 0.25 mg-35 mcg tablet MO	4	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet MO	3	
MIRCETTE (28) 0.15 MG-0.02 MG (21)/0.01 MG (5) TABLET MO	4	
mono-lynyah 0.25 mg-35 mcg tablet MO	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET MO	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5 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 1-0.02(21)-75 tab; noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 chw 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	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet MO	4	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet MO	4	
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)
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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	2	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-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(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	
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET MO	4	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet MO	4	
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet MO	4	
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet MO	4	
violele (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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch MO	4	LC (3 cada 28 días)
zarah 3 mg-0.03 mg tablet MO	4	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg 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	3	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG, TABLET MO	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG, TABLET MO	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg, tablet MO	1	
levothyroxine 100 mcg, 200 mcg, 500 mcg, vial MO	4	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG, TABLET MO	1	
liothyronine 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	
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

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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)
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 45 MG, (6 MONTH) 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
ORGOVYX 120 MG, TABLET DL	5	AP,LC (32 cada 30 días)
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	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	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 DL	3	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP DL	3	
ARCALYST 220 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP
azathioprine 50 mg, tablet MO	2	B vs D
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL DL	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 (8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (8 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 DL	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	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
COSENTYX 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (2 cada 28 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML,) SUBCUTANEOUS DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML,) SUBCUTANEOUS DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
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 DL	4	
DENG VAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION MO	4	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (3.42 cada 28 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
DUPIXENT 300 MG/2 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (1.34 cada 28 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (3.42 cada 28 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
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; ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML), SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (8 cada 28 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 (8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	B vs D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	B vs D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	B vs D
ENVARUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG, TABLET, EXTENDED RELEASE MO	4	AP
everolimus 0.25 mg, tablet	5	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)
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 DL	4	LC (1.5 cada 365 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	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 SYRINGE DL	4	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	4	
HUMIRA 10 MG/0.2 ML, SYRINGE DL	5	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT; HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, SYRINGE 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)

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML, SUBCUT KIT 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 KIT DL	5	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML, SUBCUT KIT 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 DL	3	B vs D
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
INFANRIX DTAP VIAL DL	4	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), SOLUTION FOR INJECTION MO	3	AP
INTRON A 18 MILLION UNIT/3 ML; INTRON A 25 MILLION UNIT/2.5ML DL	5	AP
IPOX 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	4	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
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 SYRINGE DL	4	
KINRIX VIAL DL	4	
leflunomide 10 mg, 20 mg, tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	4	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	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 DL	4	
methotrexate 2.5 mg, tablet MO	2	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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
MONJUVI 200 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
mycophenolate 200 mg/ml, susp MO	4	B vs D
mycophenolate 250 mg, capsule MO	2	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 DL	4	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	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 DL	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 DL	4	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	3	B vs D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	B vs D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	B vs D
REZUROCK 200 MG, TABLET DL	5	AP,LC (30 cada 30 días)
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 DL	4	
ROTATEQ VACCINE 2 ML, ORAL SOLUTION DL	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 DL	4	LC (2 cada 999 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

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT; SKYRIZI 150 MG/ML, 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2), SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	AP,LC (6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	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)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, KIT DL	5	AP,LC (4 cada 28 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	5	AP
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg, capsule (ir) MO	3	B vs D
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED DL	4	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE 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 DL	4	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	4	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	4	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	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
XOLAIR 150 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	5	AP,LC (4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	4	
ZORTRESS 1 MG, TABLET DL	5	B vs D,LC (60 cada 30 días)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	4	LC (1 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
balsalazide disodium 750 mg, cp ^{MO}	3	
budesonide ec 3 mg, capsule ^{MO}	4	AP
budesonide er 9 mg, tablet ^{DL}	5	AP,LC (30 cada 30 días)
colocort 100 mg/60 ml, enema ^{MO}	3	
hydrocortisone 100 mg/60 ml, ^{MO}	3	
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{MO}	4	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, 5 mg, tab; alendronate sodium 10 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)
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 ^{MO}	3	LC (60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg, tablet ^{MO}	3	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 ^{DL}	4	AP,LC (2.48 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML, VIAL ^{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)
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 2 mcg/ml, vial ^{MO}	3	LC (24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg, capsule ^{MO}	4	LC (12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml, vial ^{MO}	3	LC (48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MO}	4	LC (1 cada 180 días)

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

ST – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR MO	4	AP,LC (1.56 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	
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	
ALCOHOL PADS MO	1	
ALCOHOL PREP PADS MO	1	
ALCOHOL 70% SWABS MO	1	
ALCOHOL WIPES MO	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", NEEDLE 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", SYRINGE 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 ULTRA-FINE (HALF UNIT) 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	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 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	
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 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", MO	1	
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	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32", 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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", 0.5 ML 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	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG, CAPSULE MO	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS MO	1	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2",; EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", " 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", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", MO	1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", SYRINGE; 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	
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 0.1 mg/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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE; EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE; 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"; PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML; 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	1	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
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; RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 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	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", 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	
RECTIV 0.4 % (W/W), OINTMENT 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES MO	1	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" MO	1	
RENACIDIN 1980.6 MG-59.4MG-980.4MG/30ML IRRIGATION SOLUTION MO	4	
ribavirin 6 gm inhalation vial DL	5	B vs D
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	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 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	
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 COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 INS SYR 1 ML 30GX8MM; 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 0.3 ML 30GX12MM (1/2); TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2); 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 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	
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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", MO	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS MO	1	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16",; TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16", " 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 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 INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 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	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", MO	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16", 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16", 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16", MO	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", MO	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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 (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", MO	1	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", MO	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32", 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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 PEN NEEDLE 32 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	
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	2	
bacitracin 500 unit/gm ophth MO	3	
bacitracin-polymyxin eye 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 %, SOLUTION MO	4	
betaxolol hcl 0.5% eye drop MO	2	
brimonidine 0.2% eye drop MO	2	
brimonidine tartrate 0.15% drp MO	3	
carteolol hcl 1% eye drops MO	1	
CILOXAN 0.3 %, EYE OINTMENT MO	4	
ciprofloxacin 0.3% eye drop 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	
erythromycin 0.5% eye ointment MO	2	
fluorometholone 0.1% drops MO	3	
flurbiprofen 0.03% eye drop MO	2	
gatifloxacin 0.5% eye drops MO	3	LC (2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram), eye ointment MO	2	
gentamicin 0.3% 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	
moxifloxacin 0.5% eye drops MO	3	
NATACYN 5 %, EYE DROPS,SUSPENSION MO	4	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment MO	2	
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	2	
neomyc-polym-dexamet eye ointm 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
neomyc-polym-dexameth eye drop ^{MO}	2	
neomyc-polym-gramicid eye drop ^{MO}	2	
neomycin-poly-hc eye drops ^{MO}	3	
ofloxacin 0.3% eye drops ^{MO}	2	
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% ^{MO}	4	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops ^{MO}	3	
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}	2	
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)
sulfacetamide 10% eye drops ^{MO}	2	
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	
timolol maleate 0.5% eye drop ^{MO}	1	
tobramycin 0.3% eye drop ^{MO}	2	
tobramycin-dexameth ophth susp ^{MO}	2	
travoprost 0.004% eye drop ^{MO}	3	LC (2.5 cada 25 días)
trifluridine 1% eye drops ^{MO}	3	
VYZULTA 0.024 %, EYE DROPS ^{MO}	4	LC (5 cada 30 días)
AGENTES ÓTICOS		
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION ^{MO}	4	
ciprofloxacin 0.2% otic soln ^{MO}	4	
ciproflox-dexameth otic susp ^{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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
hydrocortison-acetic acid soln MO	3	
neomycin-polymyxin-hc ear soln MO	2	
neomycin-polymyxin-hc ear susp MO	2	
ofloxacin 0.3% ear drops MO	3	
AGENTES PULMONARES/PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial MO	3	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)
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	1	
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	
arformoterol 15 mcg/2 ml, soln DL	5	AP,LC (120 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	2	LC (30 cada 25 días)
azelastine 0.15% nasal spray MO	3	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 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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
desloratadine 5 mg, tablet MO	3	LC (30 cada 30 días)
diphenhydramine 50 mg/ml, vial MO	4	
epinephrine 0.15 mg auto-inject; 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	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)
formoterol 20 mcg/2 ml, neb vl MO	4	AP,LC (120 cada 30 días)
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg, cap MO	3	
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

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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)
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/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, 5 mg, tab chew MO	2	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, granules MO	4	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)
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
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 MO	4	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	

¿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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
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	
TOBI PODHALER 28 MG, CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG, INHALE CAP DL	5	AP,LC (224 cada 28 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; TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 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	
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)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	5	AP,LC (158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg, tablet MO	3	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
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

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 plan de 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 – Terapia por fases • QL – Límite de cantidad • PA – Autorización previa • B vs D – Parte B o Parte D
MD – Medicamento de mantenimiento • DL – Límite de despacho

Cobertura de medicamentos recetados adicionales CarePlus a través del Programa Medicaid

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN
<i>folic acid 1 mg, tablet</i> MO	1	
<i>folic acid 5 mg/ml, vial</i> MO	1	

Su plan de CarePlus tiene un contrato con la agencia de Medicaid para proveer cobertura adicional para ciertos medicamentos. Estos medicamentos normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

TP – Terapia por fases • LC - Límite de cantidad • AP - Autorización previa • B o D - Parte B o Parte D

A

a-hydrocort... 75	adenosine... 55	alyacen 7/7/7 (28)... 77
abacavir... 44	adriamycin... 30	alyq... 107
abacavir-lamivudine... 44	ADVAIR DISKUS... 107	amabelz... 77
abacavir-lamivudine-zidovudine... 44	ADVAIR HFA... 107	amantadine hcl... 40
ABELCET... 27	ADVOCATE PEN NEEDLE... 92	AMBISOME... 27
ABILIFY MAINTENA... 41	ADVOCATE SYRINGES... 92	ambrisentan... 107
abiraterone... 30	AFINITOR DISPERZ... 30	amethia lo... 77
ABOUTTIME PEN NEEDLE... 92	AFINITOR... 30	amethia... 77
ABRAXANE... 30	afirmelle... 77	amethyst (28)... 77
acamprosate... 14	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 28, 29	AMICAR... 53
acarbose... 49	ak-poly-bac... 104	amifostine crystalline... 30
accutane... 63	AKTEN (PF)... 104	amikacin... 15
acebutolol... 54	albendazole... 40	amiloride... 55
acetaminophen-codeine... 11	albuterol sulfate... 107	amiloride-hydrochlorothiazide... 55
acetazolamide sodium... 55	ALCAINE... 104	aminocaproic acid... 53
acetazolamide... 54	ALCOHOL PADS... 92	aminophylline... 107
acetic acid... 15, 92	ALCOHOL PREP PADS... 92	AMINOSYN II 10 %... 67
acetylcysteine... 92, 107	ALCOHOL SWABS... 92	AMINOSYN II 15 %... 67
acitretin... 63	ALCOHOL WIPES... 92	AMINOSYN II 7 %... 67
ACTHIB (PF)... 86	ALECENSA... 30	AMINOSYN II 8.5 %... 67
ACTIMMUNE... 86	alendronate... 91	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES... 67
acyclovir sodium... 45	alfuzosin... 75	AMINOSYN M 3.5 %... 67
acyclovir... 44, 45	ALIMTA... 30	AMINOSYN 10 %... 67
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)... 86	ALIQOPA... 30	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES... 67
adapalene... 63	aliskiren... 55	AMINOSYN 8.5 %... 67
ADCETRIS... 30	allopurinol... 28	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES... 67
adefovir... 45	ALPHAGAN P... 104	AMINOSYN-HBC 7%... 67
ADEMPAS... 107	alprazolam... 48	AMINOSYN-PF 10 %... 67
	altavera (28)... 77	
	ALUNBRIG... 30	
	alyacen 1/35 (28)... 77	

AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)... 67	aripiprazole... 41	aurovela 24 fe... 77
AMINOSYN-RF 5.2 %... 67	ARISTADA INITIO... 42	AUSTEDO... 62
amiodarone... 55	ARISTADA... 42	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE... 93
amitriptyline... 24	ARISTOSPAN INTRA-ARTICULAR... 75	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS... 93
amlodipine... 55	ARISTOSPAN INTRALESIONAL... 75	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS... 93
amlodipine-atorvastatin... 55	ARMOUR THYROID... 84	AVASTIN... 30
amlodipine-benazepril... 55	ARNUITY ELLIPTA... 107	aviane... 77
amlodipine-olmesartan... 55	ARRANON... 30	ayuna... 77
amlodipine-valsartan... 55	arsenic trioxide... 30	AYVAKIT... 30
ammonium lactate... 64	ARZERRA... 30	azacitidine... 30
amnestem... 64	asenapine maleate... 42	azathioprine... 86
amoxapine... 24	ashlyna... 77	azelaic acid... 64
amoxicil-clarithromy-lansopraz... 72	ASPARLAS... 30	azelastine... 104, 107
amoxicillin... 15	aspirin-dipyridamole... 53	azithromycin... 15
amoxicillin-pot clavulanate... 15	ASSURE ID DUO-SHIELD... 92	aztreonam... 15
amphotericin b... 27	ASSURE ID INSULIN SAFETY... 93	azurette (28)... 78
ampicillin sodium... 15	ASSURE ID PEN NEEDLE... 93	B
ampicillin... 15	atazanavir... 45	bacitracin... 16, 104
ampicillin-sulbactam... 15	atenolol... 55	bacitracin-polymyxin b... 104
ANADROL-50... 77	atenolol-chlorthalidone... 55	baclofen... 44
anagrelide... 53	atomoxetine... 62	BAL IN OIL... 93
anastrozole... 30	atorvastatin... 55	bal-care dha... 67
APOKYN... 40	atovaquone... 40	balsalazide... 91
apraclonidine... 104	atovaquone-proguanil... 40	BALVERSA... 30
aprepitant... 26	ATRIPLA... 45	balziva (28)... 78
apri... 77	atropine... 104	BAND-AID GAUZE PADS... 93
APTIOM... 20	aubra eq... 77	BANZEL... 20
APTIVUS (WITH VITAMIN E)... 45	aubra... 77	BAQSIMI... 49
APTIVUS... 45	AUGMENTIN... 15	BARACLUDE... 45
aranelle (28)... 77	aurovela fe 1.5/30 (28)... 77	BAVENCIO... 30
ARCALYST... 86	aurovela fe 1-20 (28)... 77	BCG VACCINE, LIVE (PF)... 86
arformoterol... 107	aurovela 1.5/30 (21)... 77	BD ALCOHOL SWABS... 93
	aurovela 1/20 (21)... 77	

BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE... 93	benazepril... 55	bortezomib... 31
BD ECLIPSE LUER-LOK... 93	benazepril-hydrochlorothiazide... 55	bosentan... 107
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)... 93	BENDEKA... 30	BOSULIF... 31
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE... 93	BENLYSTA... 86	BRAFTOVI... 31
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK... 93	benztropine... 41	BREO ELLIPTA... 107
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP... 93	BESPONS... 30	BREZTRI AEROSPHERE... 107
BD INSULIN SYRINGE U-500... 93	BETADINE OPHTHALMIC PREP... 105	briellyn... 78
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE... 93	betamethasone acet,sod phos... 75	BRILINTA... 53
BD INSULIN SYRINGE... 93	betamethasone dipropionate... 64	brimonidine... 105
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV... 93	betamethasone valerate... 64	BRIVIACT... 20
BD LO-DOSE ULTRA-FINE... 93	betamethasone, augmented... 64	bromocriptine... 41
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE... 93	BETASERON... 62	BROVANA... 107
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE... 93	betaxolol... 105	BRUKINSA... 31
BD SAFETYGLIDE SYRINGE... 93	bethanechol chloride... 75	budesonide... 91, 108
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE... 93	BETHKIS... 16	bumetanide... 55
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE... 93	BEVESPI AEROSPHERE... 107	bupivacaine (pf)... 14
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE... 93	bexarotene... 30	bupivacaine hcl... 14
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE... 93	BEXSERO... 86	buprenorphine hcl... 14
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE... 93	bicalutamide... 30	buprenorphine... 11
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)... 94	BICILLIN C-R... 16	buprenorphine-naloxone... 14
BD VEO INSULIN SYRINGE UF... 94	BICILLIN L-A... 16	bupropion hcl (smoking deter)... 14
bekyree (28)... 78	BICNU... 31	bupropion hcl... 24
BELBUCA... 11	BIDIL... 55	buspirone... 48
BELEODAQ... 30	BIKTARVY... 45	busulfan... 31
BELSOMRA... 110	bisoprolol fumarate... 55	BUSULFEX... 31
	bisoprolol-hydrochlorothiazide... 55	butalbital-acetaminop-caf-cod... 11
	BLNREP... 31	butalbital-acetaminophen-caff... 11
	bleomycin... 31	butorphanol... 11
	blisovi fe 1.5/30 (28)... 78	BYDUREON BCISE... 49
	blisovi fe 1/20 (28)... 78	BYDUREON... 49
	blisovi 24 fe... 78	BYSTOLIC... 55
	BOOSTRIX TDAP... 86	
	BORDERED GAUZE... 94	C
		c-nate dha... 67

CABENUVA... 45	CAREFINE PEN NEEDLE... 94	ceftriaxone... 16
cabergoline... 84	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD... 94	cefuroxime axetil... 16
CABLIVI... 53	CARETOUCH INSULIN SYRINGE... 94	cefuroxime sodium... 16
CABOMETYX... 31	CARETOUCH PEN NEEDLE... 94	celecoxib... 11
caffeine citrate... 94	carisoprodol... 110	CELLCEPT INTRAVENOUS... 86
calcipotriene... 64	carmustine... 31	CELLCEPT... 86
calcipotriene-betamethasone... 64	carteolol... 105	CELONTIN... 21
calcitonin (salmon)... 91	cartia xt... 56	cephalexin... 16, 17
calcitriol... 91	carvedilol phosphate... 56	CERDELGA... 74
calcium acetate(phosphat bind)... 67	carvedilol... 56	CEREZYME... 74
calcium chloride... 67	caspofungin... 27	cetirizine... 108
calcium disodium versenate... 94	CAYSTON... 108	cevimeline... 63
calcium gluc in nacl, iso-osm... 67	caziant (28)... 78	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX... 14
calcium gluconate... 67	cefaclor... 16	CHANTIX STARTING MONTH BOX... 14
CALQUENCE... 31	cefadroxil... 16	CHANTIX... 14
camila... 78	cefazolin in dextrose (iso-os)... 16	charlotte 24 fe... 78
camrese lo... 78	cefazolin... 16	chateal (28)... 78
camrese... 78	cefdinir... 16	chateal eq (28)... 78
candesartan... 55, 56	cefepime in dextrose 5 %... 16	CHEMET... 67
candesartan-hydrochlorothiazid... 56	cefepime in dextrose,iso-osm... 16	CHENODAL... 72
CAPASTAT... 29	cefepime... 16	chloramphenicol sod succinate... 17
CAPLYTA... 42	cefixime... 16	chlorhexidine gluconate... 63
CAPRELSA... 31	cefotaxime... 16	chloroquine phosphate... 40
captopril... 56	cefotetan in dextrose, iso-osm... 16	chlorothiazide sodium... 56
captopril-hydrochlorothiazide... 56	cefotetan... 16	chlorpromazine... 42
CARAC... 64	cefoxitin in dextrose, iso-osm... 16	chlorthalidone... 56
CARBAGLU... 67	cefoxitin... 16	CHOLBAM... 74
carbamazepine... 20	cefpodoxime... 16	cholestyramine (with sugar)... 56
carbidopa-levodopa... 41	cefprozil... 16	cholestyramine light... 56
carbidopa-levodopa-entacapone... 41	ceftazidime in d5w... 16	cholestyramine-aspartame... 56
carboplatin... 31	ceftazidime... 16	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN... 77
	ceftriaxone in dextrose,iso-os... 16	

ciclodan... 27	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE... 68	clopidogrel... 53
ciclopirox... 27	CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE... 68	clorazepate dipotassium... 48
cidofovir... 45	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE... 68	clotrimazole... 27
cilostazol... 53	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE... 68	clotrimazole-betamethasone... 27
CILOXAN... 105	CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE... 67	clovique... 68
CIMDUO... 45	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE... 67	clozapine... 42
cimetidine hcl... 72	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE... 67	COARTEM... 40
cimetidine... 72	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)... 67	colestipol... 56
cinacalcet... 91	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE... 67	colistin (colistimethate na)... 17
CIPRODEX... 106	CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE... 67	colocort... 91
ciprofloxacin hcl... 17, 105, 106	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)... 67	COMBIGAN... 105
ciprofloxacin in 5 % dextrose... 17	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)... 68	COMBIPATCH... 78
ciprofloxacin-dexamethasone... 106	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)... 68	COMBIVENT RESPIMAT... 108
cisplatin... 31	CLINISOL SF 15 %... 68	COMETRIQ... 31
citalopram... 24	CLINOLIPID... 68	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE... 94
cladribine... 31	clobazam... 21	COMFORT EZ PEN NEEDLES... 94
claravis... 64	clobetasol... 64	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE... 94
clarithromycin... 17	clobetasol-emollient... 64	COMPLERA... 45
CLEOCIN... 17	clofarabine... 31	complete natal dha... 68
CLICKFINE PEN NEEDLE... 94	CLOLAR... 31	compro... 26
CLINDAGEL... 64	clomipramine... 24	constulose... 72
clindamycin hcl... 17	clonazepam... 48	COPAXONE... 62
clindamycin in 0.9 % sod chlor... 17	clonidine hcl... 56	COPIKTRA... 31
clindamycin in 5 % dextrose... 17	clonidine... 56	CORLANOR... 56
clindamycin pediatric... 17		CORLOPAM... 56
clindamycin phosphate... 17, 64		cormax... 64
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE... 68		cortisone... 76
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE... 68		CORTISPORIN... 64
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE... 68		COSENTYX (2 SYRINGES)... 86
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE... 68		COSENTYX PEN (2 PENS)... 86
		COSENTYX PEN... 86
		COSENTYX... 86
		COSMEGEN... 31

COTELLIC... 31
 COUMADIN... 53
 CREON... 74
 CRESEMBA... 27
 CRIXIVAN... 45
 cromolyn... 105, 108
 cryselle (28)... 78
 CRYSVITA... 74
 CURITY ALCOHOL SWABS... 95
 CURITY GAUZE... 95
 cyclofem 1/35 (28)... 78
 cyclofem 7/7/7 (28)... 78
 cyclobenzaprine... 110
 cyclophosphamide... 31
 cycloserine... 29
 cyclosporine modified... 86
 cyclosporine... 86
 cyproheptadine... 108
 CYRAMZA... 31
 cyred eq... 78
 cyred... 78
 CYSTADANE... 74
 CYSTAGON... 74
 CYSTARAN... 105
 cytarabine (pf)... 31
 cytarabine... 31

D

dacarbazine... 32
 dactinomycin... 32
 dalfampridine... 62
 DALIRESP... 108
 danazol... 78
 dantrolene... 44

DANYELZA... 32
 dapsona... 29
 DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)... 86
 daptomycin... 17
 darifenacin... 75
 DARZALEX FASPRO... 32
 DARZALEX... 32
 dasetta 1/35 (28)... 78
 dasetta 7/7/7 (28)... 78
 daunorubicin... 32
 DAURISMO... 32
 daysee... 78
 deblitane... 78
 decitabine... 32
 deferasirox... 68
 DELSTRIGO... 45
 demeclocycline... 17
 DEMSER... 56
 DENG VAXIA (PF)... 86
 DEPEN TITRATABS... 68
 DEPO-ESTRADIOL... 78
 DEPO-PROVERA... 78
 DEPO-SUBQ PROVERA 104... 78
 DERMACEA... 95
 DESCOVY... 45
 desipramine... 24
 desloratadine... 108
 desmopressin... 77
 desog-e.estradiol/e.estradiol... 78
 desogestrel-ethinyl estradiol... 78
 desonide... 65
 desoximetasone... 65

desvenlafaxine succinate... 24
 dexamethasone intensol... 76
 dexamethasone sodium phos (pf)... 76
 dexamethasone sodium phosphate... 76, 105
 dexamethasone... 76
 DEXILANT... 72
 dexmethylphenidate... 62
 dexrazoxane hcl... 32
 dextroamphetamine... 62
 dextroamphetamine-amphetamine... 62
 dextrose 10 % and 0.2 % nacl... 68
 dextrose 10 % in water (d10w)... 68
 dextrose 20 % in water (d20w)... 68
 dextrose 25 % in water (d25w)... 68
 dextrose 30 % in water (d30w)... 68
 dextrose 40 % in water (d40w)... 68
 dextrose 5 % in water (d5w)... 68
 dextrose 5 %-lactated ringers... 69
 dextrose 5%-0.2 % sod chloride... 69
 dextrose 5%-0.3 % sod.chloride... 69
 dextrose 50 % in water (d50w)... 69
 dextrose 70 % in water (d70w)... 69
 DIACOMIT... 21
 DIASTAT ACUDIAL... 21
 diazepam intensol... 49
 diazepam... 21, 49
 diazoxide... 49
 diclofenac epolamine... 11
 diclofenac sodium... 11, 65, 105

diclofenac-misoprostol... 11	doxercalciferol... 91	EASY COMFORT PEN NEEDLES... 95
dicloxacillin... 17	doxorubicin... 32	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE... 95
dicyclomine... 72	doxorubicin, peg-liposomal... 32	EASY GLIDE PEN NEEDLE... 95
didanosine... 45	doxy-100... 17	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS... 96
DIFICID... 17	doxycycline hyclate... 17	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN... 96
digitek... 56	doxycycline monohydrate... 17	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR... 96
digox... 56	DRIZALMA SPRINKLE... 25	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE... 96
digoxin... 56	dronabinol... 26	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN... 96
dihydroergotamine... 29	droperidol... 42	EASY TOUCH PEN NEEDLE... 96
DILANTIN EXTENDED... 21	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)... 95	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE... 96
DILANTIN INFATABS... 21	DROPLET INSULIN SYRINGE... 95	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN... 96
DILANTIN... 21	DROPLET MICRON PEN NEEDLE... 95	EASY TOUCH UNI-SLIP... 96
DILANTIN-125... 21	DROPLET PEN NEEDLE... 95	EASY TOUCH... 96
dilt-xr... 56	DROPSAFE PEN NEEDLE... 95	ec-naproxen... 11
diltiazem hcl... 56, 57	drospirenone-ethinyl estradiol... 78	econazole... 27
diphenhydramine hcl... 108	DROXIA... 95	EDURANT... 45
diphenoxylate-atropine... 72	droxidopa... 57	efavirenz... 45
dipyridamole... 53	DUAVEE... 78	efavirenz-emtricitabin-tenofov... 45
disulfiram... 14	duloxetine... 25	efavirenz-lamivu-tenofov disop... 45
DIURIL... 57	DUPIXENT PEN... 86, 87	EGRIFTA SV... 77
divalproex... 21	DUPIXENT SYRINGE... 87	electrolyte-48 in d5w... 69
DOCEFREZ... 32	DUREZOL... 105	ELELYSO... 74
docetaxel... 32	dutasteride... 75	ELIGARD (3 MONTH)... 84
dofetilide... 57	dutasteride-tamsulosin... 75	ELIGARD (4 MONTH)... 84
DOJOLVI... 95	d10 %-0.45 % sodium chloride... 68	ELIGARD (6 MONTH)... 84
dolishale... 78	d2.5 %-0.45 % sodium chloride... 68	ELIGARD... 84
donepezil... 24	d5 % and 0.9 % sodium chloride... 68	elinest... 79
dorzolamide... 105	d5 %-0.45 % sodium chloride... 68	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START... 53
dorzolamide-timolol... 105		ELIQUIS... 53
dotti... 78		
DOVATO... 45		
doxazosin... 57		
doxepin... 49		

E

ELLA... 79	EPCLUSA... 45, 46	ethynodiol diac-eth estradiol... 79
ELMIRON... 75	EPIDIOLEX... 21	etodolac... 11
eluryng... 79	epinephrine... 108	etonogestrel-ethinyl estradiol... 79
ELZONRIS... 32	epirubicin... 32	ETOPOPHOS... 32
EMCYT... 32	epitol... 21	etoposide... 32
EMGALITY PEN... 29	EPIVIR HBV... 46	etravirine... 46
EMGALITY SYRINGE... 29	eplerenone... 57	EUTHYROX... 84
emoquette... 79	epoprostenol (glycine)... 108	everolimus (antineoplastic)... 32
EMPLICITI... 32	EPRONTIA... 21	everolimus (immunosuppressive)... 87
EMSAM... 25	ERAXIS(WATER DILUENT)... 27	EVOMELA... 32
emtricitabine... 45	ERBITUX... 32	EVOTAZ... 46
emtricitabine-tenofovir (tdf)... 45	ergotamine-caffeine... 29	EVRYSDI... 74
EMTRIVA... 45	ERIVEDGE... 32	EXEL INSULIN... 96
enalapril maleate... 57	ERLEADA... 32	exemestane... 33
enalapril-hydrochlorothiazide... 57	erlotinib... 32	EXKIVITY... 33
enalaprilat... 57	errin... 79	ezetimibe... 57
ENBREL MINI... 87	ertapenem... 17	ezetimibe-simvastatin... 57
ENBREL SURECLICK... 87	ERWINAZE... 32	
ENBREL... 87	ery pads... 65	F
endocet... 11	ERYTHROCIN... 17	falmina (28)... 79
ENDOMETRIN... 79	erythromycin with ethanol... 65	famciclovir... 46
ENGERIX-B (PF)... 87	erythromycin... 17, 105	famotidine (pf)... 72
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)... 87	ESBRIET... 108	famotidine (pf)-nacl (iso-os)... 72
ENHERTU... 32	escitalopram oxalate... 25	famotidine... 72
enoxaparin... 53	esomeprazole magnesium... 72	FANAPT... 42
enpresse... 79	estradiol valerate... 79	FARXIGA... 49
enskyce... 79	estradiol... 79	FARYDAK... 33
ENSTILAR... 65	estradiol-norethindrone acet... 79	FASENRA PEN... 108
entacapone... 41	ESTRING... 79	felbamate... 21
entecavir... 45	ESTROSTEP FE-28... 79	felodipine... 57
ENTRESTO... 57	ethacrynate sodium... 57	femynor... 79
enulose... 72	ethambutol... 29	fenofibrate micronized... 57
ENVARUSUS XR... 87	ethosuximide... 21	fenofibrate nanocrystallized... 57

fenofibrate... 57	fluorouracil... 33, 65	GARDASIL 9 (PF)... 87
fenofibric acid... 57	fluoxetine... 25	gatifloxacin... 105
fentanyl citrate (pf)... 11	fluphenazine decanoate... 42	GATTEX ONE-VIAL... 72
fentanyl citrate... 11	fluphenazine hcl... 42	GATTEX 30-VIAL... 72
fentanyl... 11	flurbiprofen sodium... 105	GAUZE BANDAGE... 96
FETZIMA... 25	flurbiprofen... 11	GAUZE PAD... 97
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN... 49	flutamide... 33	gavilyte-c... 72
FIASP PENFILL U-100 INSULIN... 49	fluticasone propion-salmeterol... 108	gavilyte-g... 72
FIASP U-100 INSULIN... 49	fluticasone propionate... 65, 108	gavilyte-n... 73
finasteride... 75	fluvoxamine... 25	GAVRETO... 33
FINTEPLA... 21	folic acid... 112	GAZYVA... 33
FIRDAPSE... 62	FOLOTYN... 33	gemcitabine... 33
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE... 85	formoterol fumarate... 108	gemfibrozil... 57
FIRMAGON... 84	FORTEO... 91	GEMTESA... 75
flavoxate... 75	fosamprenavir... 46	generlac... 73
flecainide... 57	fosinopril... 57	gengraf... 87
FLOVENT DISKUS... 108	fosinopril-hydrochlorothiazide... 57	gentak... 105
FLOVENT HFA... 108	fosphenytoin... 21	gentamicin in nacl (iso-osm)... 18
floxuridine... 33	FOTIVDA... 33	gentamicin sulfate (ped) (pf)... 18
fluconazole in nacl (iso-osm)... 27	FREAMINE HBC 6.9 %... 69	gentamicin sulfate (pf)... 18
fluconazole... 27	FREAMINE III 10 %... 69	gentamicin... 17, 18, 105
flucytosine... 28	FREESTYLE PRECISION... 96	GENVOYA... 46
fludarabine... 33	FULPHILA... 53	gianvi (28)... 79
fludrocortisone... 76	fulvestrant... 33	GILENYA... 62
flumazenil... 96	furosemide... 57	GILOTRIF... 33
flunisolide... 108	FUZEON... 46	glatiramer... 62, 63
fluocinolone and shower cap... 65	FYCOMPA... 21	glatopa... 63
fluocinolone... 65		glimepiride... 49
fluocinonide... 65	G	glipizide... 49
fluocinonide-e... 65	gabapentin... 21	glipizide-metformin... 49
fluocinonide-emollient... 65	galantamine... 24	GLUCAGEN HYPOKIT... 50
fluorometholone... 105	GAMUNEX-C... 87	glyburide micronized... 50
	ganciclovir sodium... 46	glyburide... 50

glyburide-metformin... 50
 GLYCOPHOS... 69
 glycopyrrolate... 73
 GLYXAMBI... 50
 granisetron (pf)... 26
 granisetron hcl... 26
 griseofulvin microsize... 28
 griseofulvin ultramicrosize... 28
 guanfacine... 58, 63
 guanidine... 29
 GVOKE HYPOPEN 1-PACK... 50
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK... 50
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE... 50
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE... 50
 GVOKE... 50

H

HAEGARDA... 87
 hailey fe 1.5/30 (28)... 79
 hailey fe 1/20 (28)... 79
 hailey 24 fe... 79
 hailey... 79
 HALAVEN... 33
 haloperidol decanoate... 42
 haloperidol lactate... 42
 haloperidol... 42
 HARVONI... 46
 HAVRIX (PF)... 87
 HEALTHWISE INSULIN SYRINGE... 97
 HEALTHWISE PEN NEEDLE... 97
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP... 97
 heather... 79
 HECTOROL... 91

heparin (porcine)... 53
 heparin, porcine (pf)... 53
 HEPATAMINE 8%... 69
 HERCEPTIN HYLECTA... 33
 HERCEPTIN... 33
 HETLIOZ LQ... 110
 HETLIOZ... 110
 HIBERIX (PF)... 87
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS
 START... 87
 HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL
 HS... 88
 HUMIRA PEN... 87
 HUMIRA... 87
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER... 88
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS...
 88
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC... 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... 65
 hydrocortisone... 65, 91
 hydrocortisone-acetic acid... 107
 hydromorphone (pf)... 12

hydromorphone... 12
 hydroxychloroquine... 40
 hydroxyurea... 33
 hydroxyzine hcl... 49
 hydroxyzine pamoate... 108

I

ibandronate... 91
 IBRANCE... 33
 ibu... 12
 ibuprofen... 12
 ibutilide fumarate... 58
 iclevia... 79
 ICLUSIG... 33
 idarubicin... 33
 IDHIFA... 33
 ifosfamide... 33
 ILEVRO... 105
 imatinib... 33
 IMBRUVICA... 33, 34
 IMFINZI... 34
 imipenem-cilastatin... 18
 imipramine hcl... 25
 imipramine pamoate... 25
 imiquimod... 65
 IMLYGIC... 34
 IMOVAX RABIES VACCINE (PF)... 88
 incassia... 79
 INCONTROL ALCOHOL PADS... 97
 INCONTROL PEN NEEDLE... 97
 INCRELEX... 77
 indapamide... 58
 indomethacin... 12
 INFANRIX (DTAP) (PF)... 88

INLYTA... 34	ISOLYTE S PH 7.4... 69	june fe 1/20 (28)... 80
INQOVI... 34	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE... 69	june fe 24... 80
INREBIC... 34	ISOLYTE-S... 69	june 1.5/30 (21)... 80
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK... 97	isoniazid... 29	june 1/20 (21)... 80
INSULIN SYRINGE MICROFINE... 97	isosorbide dinitrate... 58	K
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS... 97	isosorbide mononitrate... 58	K-TAB... 69
INSULIN SYRINGE... 97	isotretinoin... 65	KABIVEN... 69
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100... 97	isradipine... 58	KADCYLA... 34
INSUPEN... 97	ISTODAX... 34	KALETRA... 46
INTELENCE... 46	ISUPREL... 58	kalliga... 80
INTRALIPID... 69	itraconazole... 28	KALYDECO... 109
INTRON A... 88	IV PREP WIPES... 97	KANJINTI... 34
introvale... 79	ivermectin... 40	kariva (28)... 80
INVEGA HAFYERA... 42, 43	IXEMPRA... 34	kelnor 1-50 (28)... 80
INVEGA SUSTENNA... 43	IXIARO (PF)... 88	kelnor 1/35 (28)... 80
INVEGA TRINZA... 43	J	ketoconazole... 28
INVIRASE... 46	jaimiess... 80	ketoprofen... 12
INVOKAMET XR... 50	JAKAFI... 34	ketorolac... 12, 105
INVOKAMET... 50	jantoven... 53	KEVZARA... 88
INVOKANA... 50	JANUMET XR... 50	KEYTRUDA... 34
IONOSOL-B IN D5W... 69	JANUMET... 50	KINRIX (PF)... 88
IONOSOL-MB IN D5W... 69	JANUVIA... 50	kionex (with sorbitol)... 69
IPOL... 88	JARDIANCE... 50	KISQALI FEMARA CO-PACK... 34
ipratropium bromide... 108	jasmie (28)... 80	KISQALI... 34
ipratropium-albuterol... 108	JEMPERLI... 34	klor-con m10... 69
irbesartan... 58	jencycla... 80	KLOR-CON M15... 69
irbesartan-hydrochlorothiazide... 58	JENTADUETO XR... 50	klor-con m20... 69
IRESSA... 34	JENTADUETO... 50	KLOR-CON 10... 69
irinotecan... 34	JEVTANA... 34	KLOR-CON 8... 69
ISENTRESS HD... 46	jolessa... 80	KOMBIGLYZE XR... 50, 51
ISENTRESS... 46	juleber... 80	KORLYM... 97
isibloom... 79	JULUCA... 46	KOSELUGO... 34
	june fe 1.5/30 (28)... 80	KRINTAFEL... 40

kurvelo (28)... 80	leuprolide... 85	lillow (28)... 80
KUVAN... 74	levalbuterol hcl... 109	lincomycin... 18
KYNMOBI... 41	levalbuterol tartrate... 109	lindane... 66
KYPROLIS... 34	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN... 51	linezolid in dextrose 5%... 18
L	LEVEMIR U-100 INSULIN... 51	linezolid... 18
l norgest/e.estradiol-e.estrad... 80	levetiracetam in nacl (iso-os)... 22	linezolid-0.9% sodium chloride... 18
labetalol... 58	levetiracetam... 22	LINZESS... 73
lactated ringers... 69, 97	LEVO-T... 84	liothyronine... 84
lactulose... 73	levobunolol... 105	LIPOFEN... 58
lamivudine... 46	levocarnitine (with sugar)... 69	lisinopril... 58
lamivudine-zidovudine... 46	levocarnitine... 69	lisinopril-hydrochlorothiazide... 58
lamotrigine... 21, 22	levocetirizine... 109	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES... 97
LAMPIT... 40	levofloxacin in d5w... 18	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE... 98
lansoprazole... 73	levofloxacin... 18	lithium carbonate... 49
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN... 51	levoleucovorin calcium... 35	lithium citrate... 49
LANTUS U-100 INSULIN... 51	levonest (28)... 80	LITHOSTAT... 98
larin fe 1.5/30 (28)... 80	levonorg-eth estrad triphasic... 80	lo-zumandimine (28)... 80
larin fe 1/20 (28)... 80	levonorgestrel-ethinyl estrad... 80	LOCOID LIPOCREAM... 66
larin 1.5/30 (21)... 80	levora-28... 80	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)... 80
larin 1/20 (21)... 80	levothyroxine... 84	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)... 81
larin 24 fe... 80	LEVOXYL... 84	LOESTRIN 1.5/30 (21)... 80
larissia... 80	LEVULAN... 35	LOESTRIN 1/20 (21)... 80
latanoprost... 105	LEXIVA... 46	lojaimiess... 81
LATUDA... 43	LIBTAYO... 35	LOKELMA... 69
ledipasvir-sofosbuvir... 46	lidocaine (pf) in d7.5w... 14	LONSURF... 35
leena 28... 80	lidocaine (pf)... 58	loperamide... 73
leflunomide... 88	lidocaine hcl... 14	lopinavir-ritonavir... 46
LENVIMA... 34, 35	lidocaine in 5 % dextrose (pf)... 58	lorazepam intensol... 49
lessina... 80	lidocaine viscous... 14	lorazepam... 49
letrozole... 35	lidocaine... 14	LORBRENA... 35
leucovorin calcium... 35	lidocaine-epinephrine... 14	loryna (28)... 81
LEUKERAN... 35	lidocaine-prilocaine... 14	losartan... 58

losartan-hydrochlorothiazide... 58	mannitol 20 %... 58	mesalamine... 91
LOTEMAX SM... 105	mannitol 25 %... 58	MESNEX... 35
lovastatin... 58	mannitol 5 %... 58	metaproterenol... 109
low-ogestrel (28)... 81	maprotiline... 25	metformin... 51
loxapine succinate... 43	marlissa (28)... 81	methadone intensol... 13
LUMAKRAS... 35	MARPLAN... 25	methadone... 12, 13
LUMIGAN... 105	MARQIBO... 35	methazolamide... 58
LUMIZYME... 74	MATULANE... 35	methenamine hippurate... 18
LUMOXITI... 35	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE... 98	methimazole... 85
LUPRON DEPOT (3 MONTH)... 85	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE... 98	METHITEST... 81
LUPRON DEPOT (4 MONTH)... 85	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE... 98	methocarbamol... 110
LUPRON DEPOT (6 MONTH)... 85	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 98	methotrexate sodium (pf)... 88
LUPRON DEPOT... 85	meclizine... 26	methotrexate sodium... 88
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)... 85	MEDROL... 76	methoxsalen... 66
LUPRON DEPOT-PED... 85	medroxyprogesterone... 81	methscopolamine... 73
luteru (28)... 81	mefloquine... 40	methylidopa... 58
LYBALVI... 43	megestrol... 81	methylidopa-hydrochlorothiazide... 58
lyleq... 81	MEKINIST... 35	methylergonovine... 98
lyllana... 81	MEKTOVI... 35	methylphenidate hcl... 63
LYNPARZA... 35	meloxicam... 12	methylprednisolone acetate... 76
LYSODREN... 84	melphalan hcl... 35	methylprednisolone sodium succ... 76
lyza... 81	melphalan... 35	methylprednisolone... 76
M	memantine... 24	metipranolol... 105
M-M-R II (PF)... 88	MENACTRA (PF)... 88	metoclopramide hcl... 26
m-natal plus... 69	MENEST... 81	metolazone... 59
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG... 98	MENQUADFI (PF)... 88	metoprolol succinate... 59
MAGELLAN SYRINGE... 98	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)... 88	metoprolol ta-hydrochlorothiaz... 59
magnesium sulfate in d5w... 69	mercaptopurine... 35	metoprolol tartrate... 59
magnesium sulfate in water... 69, 70	meropenem... 18	metronidazole in nacl (iso-os)... 18
magnesium sulfate... 69	meropenem-0.9% sodium chloride... 18	metronidazole... 18
malathion... 66		metyrosine... 59
mannitol 10 %... 58		

micafungin... 28	morphine concentrate... 13	nateglinide... 51
miconazole-3... 28	morphine... 13	NATPARA... 91
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE... 98	MOVANTIK... 73	NAYZILAM... 22
microgestin fe 1.5/30 (28)... 81	moxifloxacin... 18, 105	nebivolol... 59
microgestin fe 1/20 (28)... 81	MOZOBIL... 53	NEBUPENT... 40
microgestin 1.5/30 (21)... 81	MULTAQ... 59	necon 0.5/35 (28)... 81
microgestin 1/20 (21)... 81	mupirocin... 66	nefazodone... 25
microgestin 24 fe... 81	MUTAMYCIN... 35	neo-polycin hc... 105
midodrine... 59	MVASI... 35	neo-polycin... 105
mili... 81	MYALEPT... 73	neomycin... 18
mimvey... 81	mycophenolate mofetil (hcl)... 89	neomycin-bacitracin-poly-hc... 105
MINI ULTRA-THIN II... 98	mycophenolate mofetil... 89	neomycin-bacitracin-polymyxin... 105
minocycline... 18	mycophenolate sodium... 89	neomycin-polymyxin b-dexameth... 105, 106
minoxidil... 59	MYFORTIC... 89	neomycin-polymyxin-gramicidin... 106
MIRCETTE (28)... 81	MYLOTARG... 35	neomycin-polymyxin-hc... 106, 107
mirtazapine... 25	myorisan... 66	NEONATAL COMPLETE... 70
misoprostol... 73	MYRBETRIQ... 75	NEONATAL PLUS VITAMIN... 70
MITIGARE... 28	N	NEONATAL-DHA... 70
mitomycin... 35	nabumetone... 13	NEPHRAMINE 5.4 %... 70
mitoxantrone... 35	nadolol... 59	NERLYNX... 35
modafinil... 110	nafcillin in dextrose iso-osm... 18	NEULASTA ONPRO... 54
moexipril... 59	nafcillin... 18	NEULASTA... 54
molindone... 43	NAGLAZYME... 74	NEUPOGEN... 54
mometasone... 66, 109	naloxone... 14, 15	NEUPRO... 41
MONJUVI... 89	naltrexone... 15	nevirapine... 47
mono-lynyah... 81	NAMZARIC... 24	NEXAVAR... 35
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING... 98	naproxen sodium... 13	NEXLETOL... 59
MONOJECT INSULIN SYRINGE... 98	naproxen... 13	NEXLIZET... 59
MONOJECT SYRINGE... 98	naratriptan... 29	NEXTERONE... 59
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN... 99	NARCAN... 15	niacin... 59
montelukast... 109	NASONEX... 109	niacor... 59
	NATACYN... 105	
	NATAZIA... 81	

NICOTROL NS... 15	NORTHERA... 59, 60	NUPLAZID... 43
nifedipine... 59	nortrel 0.5/35 (28)... 82	NUTRILIPID... 70
nikki (28)... 81	nortrel 1/35 (21)... 82	NUZYRA (7 DAY WITH LOAD DOSE)... 19
nilutamide... 35	nortrel 1/35 (28)... 82	NUZYRA (7 DAY)... 19
nimodipine... 59	nortrel 7/7/7 (28)... 82	NUZYRA... 19
NINLARO... 36	nortriptyline... 25	nyamyc... 28
NIPENT... 36	NORVIR... 47	nylia 7/7/7 (28)... 82
nisoldipine... 59	NOVOFINE AUTOCOVER... 99	nymyo... 82
nitazoxanide... 40	NOVOFINE PLUS... 99	nystatin... 28
nitisinone... 74	NOVOFINE 32... 99	nystatin-triamcinolone... 28
nitrofurantoin macrocrystal... 19	NOVOLIN N FLEXPEN... 51	nystop... 28
nitrofurantoin monohyd/m-cryst... 19	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN... 51	0
nitrofurantoin... 18	NOVOLIN R FLEXPEN... 51	O-CAL PRENATAL... 70
nitroglycerin in 5 % dextrose... 59	NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN... 51	ocella... 82
nitroglycerin... 59	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100... 51	octreotide acetate... 85
NITROSTAT... 59	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN... 51	ODEFSEY... 47
NIVESTYM... 54	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN... 51	ODOMZO... 36
nizatidine... 73	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN... 51	OFEV... 109
nora-be... 81	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100... 51	ofloxacin... 19, 106, 107
norepinephrine bitartrate... 59	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN... 51	ogestrel (28)... 82
noreth-ethinyl estradiol-iron... 81	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART... 51	olanzapine... 43
norethindrone (contraceptive)... 81	NOVOPEN ECHO... 99	olanzapine-fluoxetine... 25
norethindrone ac-eth estradiol... 81	NOVOTWIST... 99	olmesartan... 60
norethindrone acetate... 81	NOXAFIL... 28	olmesartan-amlodipin-hcthidiazid... 60
norethindrone-e.estradiol-iron... 81, 82	NUBEQA... 36	olmesartan-hydrochlorothiazide... 60
norgestimate-ethinyl estradiol... 82	NUCALA... 109	olopatadine... 106
norlyda... 82	NUEDEXTA... 63	omega-3 acid ethyl esters... 60
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE... 70		omeppi... 73
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE... 70		omeprazole... 73
NORMOSOL-R PH 7.4... 70		omeprazole-sodium bicarbonate... 73
NORMOSOL-R... 70		

OMNIPOD DASH 5 PACK POD... 99	oxycodone-acetaminophen... 13	PENTACEL (PF)... 89
OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT... 99	oxycodone-aspirin... 13	PENTAM... 40
OMNIPOD INSULIN REFILL... 99	OZEMPIC... 51	pentamidine... 40
OMNITROPE... 77	P	PENTIPS... 99
ONCASPAR... 36	PACERONE... 60	pentoxifylline... 60
ondansetron hcl (pf)... 27	paclitaxel... 36	PEPAXTO... 36
ondansetron hcl... 26, 27	PADCEV... 36	PERFOROMIST... 109
ondansetron... 26	paliperidone... 43	PERIKABIVEN... 70
ONGLYZA... 51	pamidronate... 91	perindopril erbumine... 60
ONIVYDE... 36	PANRETIN... 36	periogard... 63
ONUREG... 36	pantoprazole... 73	PERJETA... 36
OPDIVO... 36	paraplatin... 36	permethrin... 66
oralone... 63	paricalcitol... 91	perphenazine... 43
ORBACTIV... 19	paroex oral rinse... 63	perphenazine-amitriptyline... 25
ORGOVYX... 85	paromomycin... 19	PERSERIS... 43
ORKAMBI... 109	paroxetine hcl... 25	pfizerpen-g... 19
orsythia... 82	PASER... 29	phenelzine... 26
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)... 82	PAXIL... 25	phenobarbital... 22
oseltamivir... 47	PAZEO... 106	PHENYTEK... 22
OSMITROL 10 %... 60	PEDIARIX (PF)... 89	phenytoin sodium extended... 22
OSMITROL 15 %... 60	PEDVAX HIB (PF)... 89	phenytoin sodium... 22
OSMITROL 20 %... 60	peg 3350-electrolytes... 73	phenytoin... 22
OSMITROL 5 %... 60	peg-electrolyte soln... 73	philith... 82
OSPHENA... 82	PEGANONE... 22	PHOSPHOLINE IODIDE... 106
oxacillin in dextrose(iso-osm)... 19	PEMAZYRE... 36	PHYSIOLYTE... 99
oxacillin... 19	PEN NEEDLE... 99	PHYSIOSOL IRRIGATION... 99
oxaliplatin... 36	PEN NEEDLE, DIABETIC... 99	PICATO... 66
oxandrolone... 82	penicillamine... 70	PIFELTRO... 47
oxazepam... 49	penicillin g pot in dextrose... 19	pilocarpine hcl... 63, 106
oxcarbazepine... 22	penicillin g potassium... 19	pimecrolimus... 66
oxybutynin chloride... 75	penicillin g procaine... 19	pimozide... 43
oxycodone... 13	penicillin g sodium... 19	pimtrea (28)... 82
	penicillin v potassium... 19	pindolol... 60

pioglitazone... 51	potassium chloride-0.45 % nacl... 70	previfem... 82
PIP PEN NEEDLE... 99	potassium citrate... 71	PREZCOBIX... 47
piperacillin-tazobactam... 19	POTELIGEO... 36	PREZISTA... 47
PIQRAY... 36	pr natal 400 ec... 71	PRIALT... 99
pirmella... 82	pr natal 400... 71	PRIFTIN... 29
piroxicam... 13	pr natal 430 ec... 71	primaquine... 40
PLASMA-LYTE A... 70	pr natal 430... 71	primidone... 22
PLASMA-LYTE 148... 70	PRADAXA... 54	primlev... 13
PLENAMINE... 70	pramipexole... 41	PRIMSOL... 19
podofilox... 66	prasugrel... 54	PRO COMFORT ALCOHOL PADS... 99
POLIVY... 36	pravastatin... 60	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE... 99
polocaine... 14	praziquantel... 40	PRO COMFORT PEN NEEDLE... 99
polocaine-mpf... 14	prazosin... 60	probenecid... 28
polycin... 106	PRED-G S.O.P.... 106	probenecid-colchicine... 28
polymyxin b sulf-trimethoprim... 106	PRED-G... 106	procainamide... 60
polymyxin b sulfate... 19	prednisolone acetate... 106	PROCALAMINE 3%... 71
POMALYST... 36	prednisolone sodium phosphate... 76, 106	prochlorperazine edisylate... 27
portia 28... 82	prednisolone... 76	prochlorperazine maleate... 27
PORTRAZZA... 36	prednisone intensol... 76	prochlorperazine... 27
posaconazole... 28	prednisone... 76	procto-med hc... 66
potassium acetate... 70	pregabalin... 63	procto-pak... 66
potassium chlorid-d5-0.45%nacl... 70	PREMARIN... 82	proctosol hc... 66
potassium chloride in lr-d5... 70	PREMASOL 10 %... 71	proctozone-hc... 66
potassium chloride in water... 70	PREMASOL 6 %... 71	PRODIGY INSULIN SYRINGE... 99
potassium chloride in 0.9%nacl... 70	PRENATA... 71	progesterone micronized... 82
potassium chloride in 5 % dex... 70	PRENATABS FA... 71	progesterone... 82
potassium chloride... 70	prenatal plus (calcium carb)... 71	PROGLYCEM... 51
potassium chloride-d5-0.2%nacl... 70	PRENATE ELITE... 71	PROGRAF... 89
potassium chloride-d5-0.3%nacl... 70	preplus... 71	PROLASTIN-C... 74
potassium chloride-d5-0.9%nacl... 70	prevalite... 60	prolate... 13
	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE... 99	PROLEUKIN... 36
		PROLIA... 91

PROMACTA... 54	ranolazine... 61	RIDAURA... 89
promethazine... 27	rasagiline... 41	rifabutin... 29
propafenone... 60	RAYALDEE... 92	rifampin... 29
proparacaine... 106	reclipsen (28)... 82	RIFATER... 29
propranolol... 60	RECOMBIVAX HB (PF)... 89	riluzole... 63
propranolol-hydrochlorothiazid... 60	RECTIV... 99	rimantadine... 47
propylthiouracil... 85	REGRANEX... 66	ringer's... 71, 100
PROQUAD (PF)... 89	RELENZA DISKHALER... 47	RINVOQ... 89
PROSOL 20 %... 71	RELION NEEDLES... 100	risedronate... 92
protamine... 99	RELION PEN NEEDLES... 100	RISPERDAL CONSTA... 44
protriptyline... 26	RELISTOR... 73	risperidone... 44
PULMOZYME... 109	RENACIDIN... 100	ritonavir... 47
PURE COMFORT ALCOHOL PADS... 99	repaglinide... 52	RITUXAN HYCELA... 37
PURE COMFORT PEN NEEDLE... 99	REPATHA PUSHTRONEX... 61	RITUXAN... 36
PURIXAN... 36	REPATHA SURECLICK... 61	rivastigmine tartrate... 24
PYLERA... 73	REPATHA SYRINGE... 61	rivastigmine... 24
pyrazinamide... 29	RESCRIPTOR... 47	rivelsa... 82
pyridostigmine bromide... 29	RESECTISOL... 61	rizatriptan... 29
pyrimethamine... 40	RESTASIS MULTIDOSE... 106	ROCKLATAN... 106
Q	RESTASIS... 106	romidepsin... 37
QINLOCK... 36	RETACRIT... 54	ropinirole... 41
QUADRACEL (PF)... 89	RETEVMO... 36	ropivacaine (pf)... 14
QUARTETTE... 82	RETROVIR... 47	rosuvastatin... 61
quetiapine... 43	REVCovi... 74	ROTARIX... 89
quinapril... 60	REVLIMID... 36	ROTATEQ VACCINE... 89
quinapril-hydrochlorothiazide... 60	REXULTI... 44	roweepra xr... 22
quinidine sulfate... 60	REYATAZ... 47	roweepra... 22
quinine sulfate... 40	REZUROCK... 89	ROZLYTREK... 37
R	RHOPHYLAC... 89	RUBRACA... 37
RABAVERT (PF)... 89	RHOPRESSA... 106	RUCONEST... 89
rabeprazole... 73	RIABNI... 36	rufinamide... 22
raloxifene... 82	RIBASPHERE RIBAPAK... 47	RUKOBIA... 47
ramipril... 60	ribavirin... 47, 100	RUXIENCE... 37

RUZURGI... 63	silver sulfadiazine... 66	sorine... 61
RYBELSUS... 52	simliya (28)... 82	sotalol af... 61
RYBREVANT... 37	simpesse... 82	sotalol... 61
RYDAPT... 37	SIMULECT... 89	SPIRIVA RESPIMAT... 109
RYLAZE... 37	simvastatin... 61	SPIRIVA WITH HANDIHALER... 109
RYTARY... 41	sirolimus... 89	spironolacton-hydrochlorothiaz... 61
S	SIRTURO... 29, 30	spironolactone... 61
SAFESNAP INSULIN SYRINGE... 100	SIVEXTRO... 19	sprintec (28)... 83
SAFETY PEN NEEDLE... 100	SKYRIZI... 90	SPRITAM... 23
SANCUSO... 27	SLYND... 82	SPRYCEL... 37
SANDIMMUNE... 89	SMOFLIPID... 71	SPS (WITH SORBITOL)... 71, 72
SANDOSTATIN LAR DEPOT... 85	sodium acetate... 71	sronyx... 83
SANTYL... 66	sodium benzoate-sod phenylacet... 100	SSD... 66
SAPHRIS... 44	sodium bicarbonate... 71	stavudine... 47
sapropterin... 74	sodium chloride 0.45 %... 71	STELARA... 90
SARCLISA... 37	sodium chloride 0.9 %... 71	STIMATE... 77
SAVELLA... 63	sodium chloride 3 %... 71	STIOLTO RESPIMAT... 109
SCEMBLIX... 37	sodium chloride 5 %... 71	STIVARGA... 37
scopolamine base... 27	sodium chloride... 71, 100	STRENSIQ... 74
se-natal 19 chewable... 71	sodium lactate... 71	streptomycin... 19
SECUADO... 44	sodium phenylbutyrate... 74	STRIBILD... 47
SECURESAFE PEN NEEDLE... 100	sodium phosphate... 71	STRIVERDI RESPIMAT... 109
selegiline hcl... 41	sodium polystyrene (sorb free)... 71	subvenite starter (blue) kit... 23
selenium sulfide... 66	sodium polystyrene sulfonate... 71	subvenite starter (green) kit... 23
SELZENTRY... 47	solifenacin... 75	subvenite starter (orange) kit... 23
sertraline... 26	SOLQUA 100/33... 52	subvenite... 23
setlakin... 82	SOLTAMOX... 37	SUCRAID... 74
sevelamer carbonate... 71	SOLU-MEDROL (PF)... 76	sucrafate... 73
sharobel... 82	SOLU-MEDROL... 76	sulfacetamide sodium (acne)... 19
SHINGRIX (PF)... 89	SOMATULINE DEPOT... 85	sulfacetamide sodium... 19, 106
SIGNIFOR... 85	SOMAVERT... 85	sulfacetamide-prednisolone... 106
sildenafil (pulm.hypertension)... 109	sorbitol-mannitol... 100	sulfadiazine... 19
sildenafil... 111		

sulfamethoxazole-trimethoprim... 19	SYNAREL... 85	TEFLARO... 20
sulfasalazine... 91	SYNERCID... 20	TEKTURN HCT... 61
sulindac... 13	SYNJARDY XR... 52	telmisartan... 61
sumatriptan succinate... 29	SYNJARDY... 52	telmisartan-amlodipine... 61
sumatriptan... 29	SYNRIBO... 37	telmisartan-hydrochlorothiazid... 61
sunitinib... 37	SYNTHROID... 84	temazepam... 110
SUPRAX... 20	T	TEMIXYS... 48
SUPREP BOWEL PREP KIT... 73	TABLOID... 37	TEMODAR... 38
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS... 100	TABRECTA... 37	temsirolimus... 38
SURE COMFORT INS. SYR. U-100... 100	TACLONEX... 66	teniposide... 38
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE... 100	tacrolimus... 66, 90	TENIVAC (PF)... 90
SURE COMFORT PEN NEEDLE... 100	tadalafil (pulm. hypertension)... 109	tenofovir disoproxil fumarate... 48
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE... 100	TAFINLAR... 37	TEPMETKO... 38
SURE-FINE PEN NEEDLES... 100	TAGRISSO... 37	terazosin... 61
SURE-JECT INSULIN SYRINGE... 101	TALZENNA... 37	terbinafine hcl... 28
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS... 101	tamoxifen... 37	terconazole... 28
SUTAB... 73	tamsulosin... 75	TERUMO INSULIN SYRINGE... 101
SUTENT... 37	TARGRETIN... 37	testosterone cypionate... 83
syeda... 83	tarina fe 1-20 eq (28)... 83	testosterone enanthate... 83
SYLATRON... 90	tarina fe 1/20 (28)... 83	testosterone... 83
SYLVANT... 90	tarina 24 fe... 83	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)... 90
SYMBICORT... 109	TASIGNA... 37	tetrabenazine... 63
SYMFI LO... 47	tazarotene... 66	THALOMID... 38
SYMFI... 47	TAZORAC... 66	theophylline in dextrose 5 %... 110
SYMJEPI... 109	taztia xt... 61	theophylline... 109, 110
SYMLINPEN 120... 52	TAZVERIK... 37	THINPRO INSULIN SYRINGE... 101
SYMLINPEN 60... 52	TDVAX... 90	THIOLA... 75
SYMPAZAN... 23	TECENTRIQ... 38	thioridazine... 44
SYMITUZA... 48	TECFIDERA... 63	thiotepa... 38
	TECHLITE INSULIN SYRINGE... 101	thiothixene... 44
	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)... 101	tiadylt er... 61
	TECHLITE PEN NEEDLE... 101	tiagabine... 23

TIBSOVO... 38	tranexamic acid... 54	trientine... 72
TICOVAC... 90	tranylcypromine... 26	trifluoperazine... 44
tigecycline... 20	TRAVASOL 10 %... 72	trifluridine... 106
tilia fe... 83	travoprost... 106	trihexyphenidyl... 41
timolol maleate (pf)... 106	TRAZIMERA... 38	TRIJARDY XR... 52
timolol maleate... 61, 106	trazodone... 26	TRIKAFTA... 110
tinidazole... 20	TREANDA... 38	triklo... 61
tiopronin... 75	TRECTOR... 30	trilyte with flavor packets... 73
TIVDAK... 38	TRELEGY ELLIPTA... 110	trimethobenzamide... 27
TIVICAY PD... 48	TRELSTAR... 85	trimethoprim... 20
TIVICAY... 48	TRESIBA FLEXTOUCH U-100... 52	trimipramine... 26
tizanidine... 44	TRESIBA FLEXTOUCH U-200... 52	trinatal rx 1... 72
TOBI PODHALER... 110	TRESIBA U-100 INSULIN... 52	TRINTELLIX... 26
tobramycin sulfate... 20	tretinoin (antineoplastic)... 38	TRISENOX... 38
tobramycin... 20, 106	tretinoin... 66	TRIUMEQ... 48
tobramycin-dexamethasone... 106	TREXALL... 90	triveen-duo dha... 72
tolterodine... 75	tri femynor... 83	trivora (28)... 83
TOPCARE CLICKFINE... 101	tri-legest fe... 83	TRODELVY... 38
TOPCARE ULTRA COMFORT... 101	tri-lynyah... 83	TROGARZO... 48
topiramate... 23	tri-lo-estarylla... 83	TROPHAMINE 10 %... 72
topotecan... 38	tri-lo-marzia... 83	TROPHAMINE 6%... 72
toremifene... 38	tri-lo-mili... 83	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS... 101
toremide... 61	tri-lo-sprintec... 83	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE... 102
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR... 52	tri-mili... 83	TRUE COMFORT PEN NEEDLE... 102
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN... 52	tri-nymyo... 83	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS... 102
TOVIAZ... 75	tri-previfem (28)... 83	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE... 102
TPN ELECTROLYTES... 72	tri-sprintec (28)... 83	TRUEPLUS INSULIN... 102
TRADJENTA... 52	tri-vylibra lo... 83	TRUEPLUS PEN NEEDLE... 102
tramadol... 14	tri-vylibra... 83	TRULICITY... 52
tramadol-acetaminophen... 14	triamcinolone acetonide... 63, 76	TRUMENBA... 90
trandolapril... 61	triamterene-hydrochlorothiazid... 61	
trandolapril-verapamil... 61	triderm... 76	

TRUSELTIQ... 38	ULTRA THIN PEN NEEDLE... 103	valsartan-hydrochlorothiazide... 62
TRUVADA... 48	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR... 103	VALSTAR... 38
TUKYSA... 38	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL... 103	VALTOCO... 23
tulana... 83	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES... 103	vanadom... 110
TURALIO... 38	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE... 103	vancomycin in dextrose 5 %... 20
TWINRIX (PF)... 90	ULTRACARE INSULIN SYRINGE... 104	vancomycin in 0.9 % sodium chl... 20
TYBLUME... 83	ULTRACARE PEN NEEDLE... 104	vancomycin... 20
TYBOST... 48	UNIFINE PEN NEEDLE... 104	vancomycin-water inject (peg)... 20
TYKERB... 38	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW... 104	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE... 104
TYMLOS... 92	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW... 104	VANISHPOINT SYRINGE... 104
TYPHIM VI... 90	UNIFINE PENTIPS... 104	VAQTA (PF)... 90
U	UNIFINE PENTIPS PLUS... 104	varenicline... 15
UDENYCA... 54	UNIFINE SAFECONTROL... 104	VARIVAX (PF)... 90
UKONIQ... 38	UNITHROID... 84	VARIZIG... 90
ULTICARE INSULIN SYRINGE... 102	UNITUXIN... 38	VASCEPA... 62
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)... 102	ursodiol... 73	VECTIBIX... 38
ULTICARE PEN NEEDLE... 102	UVADEX... 66	VELCADE... 38
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE... 102	V	velivet triphasic regimen (28)... 83
ULTICARE... 102	V-GO 20... 104	VENCLEXTA STARTING PACK... 39
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR... 102	V-GO 30... 104	VENCLEXTA... 39
ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE... 102	V-GO 40... 104	venlafaxine... 26
ULTILET ALCOHOL SWAB... 102	valacyclovir... 48	VENTAVIS... 110
ULTILET INSULIN SYRINGE... 103	VALCHLOR... 38	VENTOLIN HFA... 110
ULTILET PEN NEEDLE... 103	valganciclovir... 48	verapamil... 62
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)... 103	valproate sodium... 23	VERIFINE PEN NEEDLE... 104
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE... 103	valproic acid (as sodium salt)... 23	VERIPRED 20... 76
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)... 103	valproic acid... 23	VERSACLOZ... 44
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE... 103	valrubicin... 38	VERZENIO... 39
ULTRA FLO PEN NEEDLE... 103	valsartan... 62	vestura (28)... 83
		VICTOZA 2-PAK... 52
		VICTOZA 3-PAK... 52

VIDEX EC... 48
 VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC... 48
 vienva... 83
 vigabatrin... 23
 vigadrone... 23
 VIIBRYD... 26
 VIMPAT... 23
 vinblastine... 39
 vincasar pfs... 39
 vincristine... 39
 vinorelbine... 39
 viorele (28)... 83
 VIRACEPT... 48
 VIREAD... 48
 virt-c dha... 72
 virt-nate dha... 72
 VISTOGARD... 39
 VITRAKVI... 39
 VIVITROL... 15
 VIZIMPRO... 39
 VOCABRIA... 48
 volnea (28)... 83
 voriconazole... 28
 VOSEVI... 48
 VOTRIENT... 39
 VRAYLAR... 44
 vyfemla (28)... 83
 vylibra... 83
 VYNDAMAX... 74
 VYNDAQEL... 74
 VYXEOS... 39
 VYZULTA... 106

W

warfarin... 54
 water for irrigation, sterile... 104
 WEBCOL... 104
 WELIREG... 39
 wera (28)... 84
 westab plus... 72
 WINRHO SDF... 90
 wixela inhub... 110
 wymzya fe... 84

X

XALKORI... 39
 XARELTO DVT-PE TREAT 30D START... 54
 XARELTO... 54
 XATMEP... 90
 XCOPRI MAINTENANCE PACK... 23
 XCOPRI TITRATION PACK... 23
 XCOPRI... 23
 XGEVA... 92
 XIFAXAN... 74
 XIGDUO XR... 52
 XOFLUZA... 48
 XOLAIR... 90
 XOSPATA... 39
 XPOVIO... 39
 XTAMPZA ER... 14
 XTANDI... 39
 xulane... 84
 XULTOPHY 100/3.6... 52
 XYREM... 110

Y

YAZ (28)... 84
 YERVOY... 39

YF-VAX (PF)... 90
 YONDELIS... 39

Z

zafemy... 84
 zafirlukast... 110
 ZALTRAP... 40
 ZANOSAR... 40
 zarah... 84
 ZARXIO... 54
 ZEJULA... 40
 ZELBORAF... 40
 zenatane... 66
 ZENPEP... 75
 ZEPZELCA... 40
 ZERBAXA... 20
 zidovudine... 48
 ZIEXTENZO... 54
 ziprasidone hcl... 44
 ziprasidone mesylate... 44
 ZIRABEV... 40
 ZIRGAN... 48
 ZOKINVY... 75
 ZOLADEX... 85
 zoledronic ac-mannitol-0.9nacl... 92
 zoledronic acid... 92
 zoledronic acid-mannitol-water... 92
 ZOLINZA... 40
 zolpidem... 110
 zonisamide... 23
 ZORTRESS... 90
 ZOSTAVAX (PF)... 90

zovia 1-35 (28)... 84
zovia 1/35e (28)... 84
ZUBSOLV... 15
ZULRESSO... 26
zumandimine (28)... 84
ZYDELIG... 40
ZYKADIA... 40
ZYNLONTA... 40
ZYPITAMAG... 62
ZYPREXA RELPREVV... 44
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS...
92
1ST TIER UNIFINE PENTIPS... 92

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **CarePlus Health Plans, Inc.**
Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): નીચેના સંખ્યા સંખ્યા પર કોલ કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

[illegible]



CarePlusHealthPlans.com

CarePlusHealthPlans.com

H1019-023, 026

Este formulario fue actualizado en 12/03/2021. Para obtener información más reciente o para otras preguntas, por favor llame a Servicios para Afiliados de CarePlus al 1-800-794-5907 o para usuarios de TTY, 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil, o visite www.CarePlusHealthPlans.com.