

2023 Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy
Horizons™ in South
Carolina

POR FAVOR LEA: ESTE
DOCUMENTO CONTIENE
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR
ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO
FUE ACTUALIZADO EL
12/01/2023.

Humana
Healthy Horizons™
in South Carolina

Healthy Connections 

Bienvenido a Humana Healthy Horizons™ in South Carolina

La Lista de medicamentos preferidos de Humana (también conocida como formulario) tendrá vigencia a partir del 1 de enero, a menos que se especifique lo contrario. Esta es una lista completa y puede cambiar durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos?

La Lista de medicamentos preferidos es una lista de los medicamentos cubiertos seleccionados por Humana. Humana cubre los medicamentos enumerados en la Lista de medicamentos preferidos siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas, el medicamento recetado sea comprado en una farmacia de la red de Humana y se cumpla con otras reglas del plan.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos preferidos?

Los medicamentos aparecen en la Lista de medicamentos preferidos en orden alfabético.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se receten por los mismos motivos. La Administración de alimentos y medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) requiere que los genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos a menudo cuestan mucho menos.

- **Nivel 1** – incluye los medicamentos cubiertos.

¿Qué ocurre si mi medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos preferidos?

Puede usar la herramienta de búsqueda de medicamentos al ingresar en MyHumana at espanol.humana.com. Puede acceder a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en "Pharmacy" (Farmacia). En el caso de algunos medicamentos que no se enumeran a continuación, puede aplicarse cobertura médica.

Su proveedor de cuidado de la salud puede pedirle a Humana que haga una excepción. Por lo general, Humana únicamente aprobará una solicitud si un medicamento cubierto no tiene la misma eficacia o tendría un efecto negativo para su salud. Para solicitar una aprobación, su proveedor de cuidado de la salud puede:

- Obtener formas en espanol.humana.com/PA
- Enviar las solicitudes electrónicamente al visitar Covermymeds.com/epa/Humana
- Enviar las solicitudes por fax a 877-486-2621
- Llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 800-555-CLIN (800-555-2546).

La decisión de determinación de cobertura se revisará basado en la necesidad médica y nuestra decisión se comunicará dentro de 24 horas después de recibir la solicitud del proveedor de cuidado de la salud.

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos deben ser aprobados por anticipado para que el plan de farmacia los cubra. Para que estén cubiertos estos medicamentos, su proveedor de cuidado de la salud debe obtener la aprobación de Humana. Los beneficios del plan no cubrirán este medicamento sin la autorización previa. Usted podría tener que pagar el costo total del medicamento si lo compra sin obtener primero la autorización previa.

- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Usted puede que tenga un límite en las cantidades que puede obtener de algunos medicamentos de una sola vez. El límite de cantidad de cada medicamento se basa en motivos de seguridad o cuidado de la salud, y en si su proveedor de cuidado de la salud receta un suministro de 30, 60 o 90 días. Estos límites ayudan a evitar el uso indebido de medicamentos. Si su medicamento recetado se pasa del límite existen dos opciones:

- Puede obtener la cantidad de medicamentos que está cubierta por su plan

O

- Si su proveedor de cuidado de la salud cree que necesita más que la cantidad permitida, puede solicitar la autorización previa de Humana para que cubramos la cantidad del medicamento que sobrepase el límite.

Hable con su proveedor de cuidado de la salud si su medicamento tiene un requisito adicional. Pídale a su proveedor de cuidado de la salud que contacte con Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR) para pedir la aprobación de un medicamento que requiere autorización previa o límite de cantidad. Su proveedor de cuidado de la salud puede contactar con HCPR llamando al 1-800-555-2546, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para solicitar una aprobación. Humana necesita 24 horas para llevar a cabo la revisión y proporcionar una respuesta a su proveedor de cuidado de la salud.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando la Lista de medicamentos preferidos que empieza en la página 5.

¿La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar?

Sí. Humana revisa y actualiza la Lista de medicamentos preferidos según sea necesario. Se pueden añadir medicamentos nuevos y los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o el fabricante del medicamento consideran inseguros se eliminan inmediatamente. .

Comunicamos los cambios de la Lista de medicamentos preferidos a los afiliados, por correo, en función de los requisitos de notificación de la Lista de medicamentos preferidos que determina cada estado. Los afiliados pueden ver la Lista de medicamentos preferidos más actualizada en espanol.humana.com.

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

Medicamentos en la Lista de medicamentos preferidos tendrán un copago de \$3.40 para medicamentos para afiliados de 19 años o mayores. Sin embargo, no hay copagos para los siguientes afiliados:

- Niños de 18 años o menores.
- Nativos Americanos reconocidos federalmente.
- Mujeres embarazadas

Consulte su Manual para afiliados o llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación a fin de comunicarse con Servicios para afiliados para averiguar más sobre la cobertura de farmacia.

Para obtener información específica sobre la cobertura y los costos para los afiliados actuales:

- Visite espanol.humana.com e inicie sesión en MyHumana.
- Acceda a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en "Pharmacy" (Farmacia).
- Busque su medicamento por nombre.
- Nota: MyHumana solo muestra los beneficios a la fecha de inicio de sesión.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de Humana, revise su Manual para afiliados y demás materiales del plan.

Si ya se ha inscrito en un plan de Humana, llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana o inicie sesión en MyHumana.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Humana, llame el número de Servicios para afiliados que se encuentra en sus materiales de inscripción.

La Lista de medicamentos preferidos que empieza en la siguiente página le proporciona información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Humana.

Cómo leer la Lista de medicamentos

En la primera columna de la tabla, se indica los nombres de los medicamentos en orden alfabético. Los medicamentos de marca se indican con MAYÚSCULAS y los medicamentos genéricos se indican con letra minúscula. Junto al nombre del medicamento, puede ver los siguientes indicadores que le proveen información adicional sobre la cobertura de ese medicamento:

EDS – Suministro de días extendido - Este medicamento puede estar disponible para un suministro de hasta 90 días. La accesibilidad a la farmacia y el suministro máximo por día pueden variar según el medicamento.

CE – Exento de copago – Este medicamento esta disponible para usted sin costo a través de su beneficio de Humana.

La segunda columna indica el nivel del medicamento. Consulte la página 2 para obtener más detalles sobre los niveles de medicamentos en su plan.

La tercera columna indica los requisitos de administración del uso del medicamento. Administración del uso significa que Humana puede tener requisitos para cubrir ese medicamento. Pueden incluir autorización previa o límites de cantidad. Consulte la página 2 para obtener más detalles sobre estos requisitos para su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE	1	
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE	1	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE	1	
24 hour nasal allergy 55 mcg spray aerosol	1	
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream	1	
3-day vaginal 2 % cream ^{CE}	1	
abacavir 20 mg/ml oral solution	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir 600 mg-lamivudine 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ABILIFY ASIMTUFI 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFI 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
abiraterone 250 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRYSVO 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{CE}	1	
acamprosate 333 mg tablet,delayed release	1	QL(180 cada 30 días)
acarbose 100 mg tablet	1	
acarbose 25 mg tablet	1	
acarbose 50 mg tablet	1	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION ^{CE}	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION ^{CE}	1	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT ^{CE}	1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE	1	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE	1	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION ^{CE}	1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	1	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT ^{CE}	1	
accutane 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{CE}	1	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	1	
acebutolol 200 mg capsule	1	
acebutolol 400 mg capsule	1	
acetaminophen 120 mg rectal suppository	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension	1	
acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid	1	
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	1	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
acetaminophen 325 mg tablet	1	
acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral suspension	1	
acetaminophen 500 mg tablet	1	
acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral suspension	1	
acetazolamide 125 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
acetic acid 2 % ear solution	1	
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %) solution	1	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) solution	1	
acid controller 10 mg tablet	1	
acid controller 20 mg tablet	1	
acid reducer (cimetidine) 200 mg tablet	1	
acid reducer (famotidine) 10 mg tablet	1	
acid reducer (famotidine) 20 mg tablet	1	
acitretin 10 mg capsule	1	PA
acitretin 17.5 mg capsule	1	PA
acitretin 25 mg capsule	1	PA
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE	1	
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE	1	
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE	1	
acyclovir 200 mg capsule ^{CE}	1	
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension ^{CE}	1	
acyclovir 400 mg tablet ^{CE}	1	
acyclovir 5 % topical ointment	1	PA
acyclovir 800 mg tablet	1	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{CE}	1	
adapalene 0.1 % topical gel	1	
adapalene 0.1 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump	1	
adapalene 0.3 % topical gel with pump	1	
adefovir 10 mg tablet	1	
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1.5 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 2 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADJUSTABLE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
adult aspirin regimen 81 mg tablet,delayed release	1	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	1	
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
adult tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
advanced antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
advanced antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE	1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE	1	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE	1	
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE	1	
ADVOCATE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
AEROCHAMBER MINI	1	
AEROCHAMBER MV SPACER	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK	1	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL	1	
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT	1	
AEROTRACH PLUS SPACER	1	
AEROVENT PLUS SPACER	1	
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP ^{CE}	1	
AFLURIA QUAD 2023-24(3YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
AFTERA 1.5 MG TABLET ^{CE}	1	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 30 días)
AIMSCO LATEX CONDOM ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS	1	
albendazole 200 mg tablet	1	
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	1	
albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	1	
albuterol sulfate 2 mg tablet	1	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml oral syrup	1	
albuterol sulfate 2.5 mg/3 ml (0.083 %) solution for nebulization	1	
albuterol sulfate 4 mg tablet	1	
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	1	
albuterol sulfate concentrate 5 mg/ml(0.5 %) solution for nebulization	1	
albuterol sulfate er 4 mg tablet,extended release,12 hr	1	
albuterol sulfate er 8 mg tablet,extended release,12 hr	1	
albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(36 cada 30 días)
ALCOHOL PADS	1	
ALCOHOL PREP PADS	1	
ALCOHOL SWABS	1	
ALCOHOL WIPES	1	
ALECENSA 150 MG CAPSULE	1	PA,QL(240 cada 30 días)
alendronate 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg tablet	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 70 mg tablet	1	QL(4 cada 28 días)
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet	1	
all day pain relief 220 mg tablet	1	
all day relief 220 mg tablet	1	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	1	
aller-g-time 25 mg tablet	1	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE ^{CE}	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE ^{CE}	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE ^{CE}	1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE ^{CE}	1	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg tablet	1	
allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule	1	
allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet	1	
allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
allergy and congestion relief 10 mg-240 mg tablet,extend release 24 hr	1	
allergy and congestion relief 5 mg-120 mg tablet,extend release 12 hr	1	
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet	1	
allergy relief (chlorpheniramine) 4 mg tablet	1	
allergy relief (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg capsule	1	
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg tablet	1	
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet	1	
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet	1	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution	1	
allergy relief and nasal decongestant 10 mg-240 mg tablet,extended rel	1	
allergy relief d-24hr 10 mg-240 mg tablet,extended release	1	
allergy-time 4 mg tablet	1	
allopurinol 100 mg tablet ^{EDS}	1	
allopurinol 300 mg tablet ^{EDS}	1	
almacone-2 400 mg-400 mg/5 ml oral suspension	1	
alogliptin 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 12.5 mg-metformin 1,000 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
alogliptin 12.5 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 25 mg-pioglitazone 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 25 mg-pioglitazone 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 25 mg-pioglitazone 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alogliptin 6.25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
alosetron 0.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
alosetron 1 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 1 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE	1	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
aluminum-mag hydroxide-simethicone 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral susp	1	
aluminum-mag hydroxide-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral susp	1	
ALUNBRIG 180 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
alyq 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet	1	
amabelz 1 mg-0.5 mg tablet	1	
amantadine hcl 100 mg capsule	1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml oral solution	1	
ambrisentan 10 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ambrisentan 5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
amiloride 5 mg tablet ^{EDS}	1	
amiloride 5 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}	1	
amiodarone 100 mg tablet	1	
amiodarone 200 mg tablet ^{EDS}	1	
amiodarone 400 mg tablet	1	
amitriptyline 10 mg tablet	1	
amitriptyline 100 mg tablet	1	
amitriptyline 150 mg tablet	1	
amitriptyline 25 mg tablet	1	
amitriptyline 50 mg tablet	1	
amitriptyline 75 mg tablet	1	
amlodipine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-benazepril 20 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-benazepril 40 mg capsule ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % lotion	1	
ammonium lactate 12 % topical cream	1	
amnesteem 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
amoxapine 100 mg tablet	1	
amoxapine 150 mg tablet	1	
amoxapine 25 mg tablet	1	
amoxapine 50 mg tablet	1	
amoxicillin 125 mg chewable tablet	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg chewable tablet	1	
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 200 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 250 mg capsule	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
amoxicillin 250 mg chewable tablet	1	
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1	
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 62.5 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 250 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg chewable tablet	1	
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 400 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 500 mg capsule	1	
amoxicillin 500 mg tablet	1	
amoxicillin 500 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1	
amoxicillin 600 mg-potassium clavulanate 42.9 mg/5 ml oral suspension	1	
amoxicillin 875 mg tablet	1	
amoxicillin 875 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1	
ampicillin 500 mg capsule	1	
anagrelide 0.5 mg capsule	1	
anagrelide 1 mg capsule	1	
anastrozole 1 mg tablet ^{EOS}	1	QL(30 cada 30 días)
animal chews tablet	1	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet	1	
antacid (calcium carbonate) 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet	1	
antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet	1	
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet	1	
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) chewable tablet	1	
antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid plus anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid plus anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	1	
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream	1	
anti-itch (hydrocortisone) with aloe 1 % topical cream	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment	1	
antifungal (clotrimazole) 1 % topical cream ^{CE}	1	
antifungal (miconazole) 2 % topical cream	1	
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator	1	
aprepitant 125 mg (1)-80 mg (2) capsules in a dose pack	1	PA,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 125 mg capsule	1	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg capsule	1	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule	1	PA,QL(4 cada 28 días)
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)
AQUA LANCE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION ^{CE}	1	
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml oral solution	1	QL(750 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 15 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(2.4 cada 42 días)
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	1	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	1	
ARTIFICIAL TEARS (POLYVINYL ALCOHOL) 1.4 % EYE DROPS	1	
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops	1	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
aspirin 300 mg rectal suppository	1	
aspirin 325 mg tablet	1	
aspirin 325 mg tablet,delayed release	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
aspirin 81 mg chewable tablet	1	
aspirin 81 mg tablet,delayed release	1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 1.2 MM	1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE	1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE	1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE	1	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE	1	
ASSURE LANCE 25 GAUGE	1	
ASSURE LANCE 28 GAUGE	1	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE	1	
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE	1	
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE	1	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT	1	
atazanavir 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 200 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg tablet ^{EDS}	1	
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1	
atenolol 25 mg tablet ^{EDS}	1	
atenolol 50 mg tablet ^{EDS}	1	
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream ^{CE}	1	
athlete's foot (terbinafine) 1 % topical cream	1	
atomoxetine 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine 18 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 60 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine 80 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
atorvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	1	
atorvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
atorvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
atorvastatin 80 mg tablet ^{EDS}	1	
atovaquone 250 mg-proguanil 100 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension	1	QL(600 cada 30 días)
atovaquone-proguanil (pediatric) 62.5 mg-25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
atropine 1 % eye drops	1	
AUBAGIO 14 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
AUBAGIO 7 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
AUSTEDO 12 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO 9 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WEEK 1-4) 6 MG-12 MG-24 MG TABLET,ER DOSEPACK	1	PA,QL(42 cada 28 días)
AUTO-LANCET MINI ^{CE}	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{CE}	1	
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
AUTOLET LANCING DEVICE ^{CE}	1	
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE ^{CE}	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS ^{CE}	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS ^{CE}	1	
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
avidoxy 100 mg tablet	1	
AYR ALLERGY AND SINUS 2.65 % NASAL SPRAY AEROSOL	1	
AYR SALINE 0.65 % NASAL DROPS	1	
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL	1	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
azathioprine 50 mg tablet	1	
azelastine 0.05 % eye drops	1	
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray aerosol	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) nasal spray	1	QL(30 cada 25 días)
azithromycin 1 gram oral packet ^{CE}	1	
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension	1	
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension ^{CE}	1	
azithromycin 250 mg tablet	1	
azithromycin 500 mg tablet ^{CE}	1	
azithromycin 600 mg tablet	1	QL(16 cada 60 días)
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
BABY AYR SALINE 0.65 % NASAL DROPS	1	
bacitracin 500 unit/gram eye ointment	1	
bacitracin 500 unit/gram topical ointment	1	
bacitracin 500 unit/gram topical packet	1	
bacitracin zinc 500 unit/gram topical ointment	1	
bacitracin zinc 500 unit/gram topical ointment in packet	1	
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
baclofen 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
baclofen 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
baclofen 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
balsalazide 750 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)
BALVERSA 3 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BALVERSA 4 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
banophen 25 mg capsule	1	
banophen 25 mg tablet	1	
banophen 50 mg capsule	1	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(630 cada 30 días)
bayer aspirin 325 mg tablet	1	
bayer aspirin 325 mg tablet,delayed release	1	
BD ALCOHOL SWABS	1	
BD ALLERGIST TRAY BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
BD ALLERGIST TRAY BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{CE}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 X 1" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26 X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MM	1	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE	1	
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" ^{CE}	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{CE}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{CE}	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{CE}	1	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{CE}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{CE}	1	
benazepril 10 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	
benazepril 20 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 40 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 5 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1	
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)
benznidazole 100 mg tablet	1	QL(240 cada 365 días)
benznidazole 12.5 mg tablet	1	QL(720 cada 365 días)
benzonatate 100 mg capsule	1	
benzonatate 200 mg capsule	1	
benztropine 0.5 mg tablet ^{EDS}	1	
benztropine 1 mg tablet ^{EDS}	1	
benztropine 2 mg tablet ^{EDS}	1	
betaine 1 gram/scoop oral powder	1	
betamethasone dipropionate 0.05 % lotion	1	
betamethasone dipropionate 0.05 % topical cream	1	
betamethasone dipropionate 0.05 % topical ointment	1	
betamethasone valerate 0.1 % lotion	1	
betamethasone valerate 0.1 % topical cream	1	
betamethasone valerate 0.1 % topical ointment	1	
betamethasone, augmented 0.05 % lotion	1	
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream	1	
betamethasone, augmented 0.05 % topical gel	1	
betamethasone, augmented 0.05 % topical ointment	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % TOPICAL LIQUID	1	
betaxolol 10 mg tablet	1	
betaxolol 20 mg tablet	1	
bethanechol chloride 10 mg tablet	1	
bethanechol chloride 25 mg tablet	1	
bethanechol chloride 5 mg tablet	1	
bethanechol chloride 50 mg tablet	1	
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER	1	QL(10.7 cada 30 días)
bexarotene 1 % topical gel	1	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg capsule	1	PA,QL(300 cada 30 días)
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML	1	
INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}		
bicalutamide 50 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT ^{CE}	1	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT ^{CE}	1	
bisacodyl 5 mg tablet,delayed release	1	
bismatrol 262 mg chewable tablet	1	
bismuth subsalicylate 262 mg/15 ml oral suspension	1	
bisoprolol 10 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}	1	
bisoprolol 2.5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}	1	
bisoprolol 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet ^{EDS}	1	
bisoprolol fumarate 10 mg tablet ^{EDS}	1	
bisoprolol fumarate 5 mg tablet ^{EDS}	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
BLUNT NEEDLE, DISPOSABLE 18 X 1 1/2" ^{CE}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML	1	
INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}		
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML	1	
INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}		
BRAUTOVI 75 MG CAPSULE	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BREATHERITE MDI SPACER	1	
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT	1	
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD	1	
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT	1	
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE	1	
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD	1	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER	1	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER	1	
breyna 160 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(10.3 cada 30 días)
breyna 80 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(10.3 cada 30 días)
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
brimonidine 0.2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
bromfed dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1	
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1	
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(120 cada 30 días)
budesonide 32 mcg/actuation nasal spray	1	QL(18 cada 30 días)
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release	1	
budesonide-formoterol hfa 160 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(10.3 cada 30 días)
budesonide-formoterol hfa 80 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(10.3 cada 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE	1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE	1	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
bumetanide 0.5 mg tablet	1	
bumetanide 1 mg tablet	1	
bumetanide 2 mg tablet	1	
buprenorphine 10 mcg/hour weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 12 mg-naloxone 3 mg sublingual film	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 15 mcg/hour weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual film	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 20 mcg/hour weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 4 mg-naloxone 1 mg sublingual film	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 5 mcg/hour weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 7.5 mcg/hour weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual film	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent) ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl sr 100 mg tablet,12 hr sustained-release ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet,12 hr sustained-release ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet,12 hr sustained-release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg 24 hr tablet, extended release ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg 24 hr tablet, extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
buspirone 10 mg tablet	1	
buspirone 15 mg tablet	1	
buspirone 30 mg tablet	1	
buspirone 5 mg tablet	1	
buspirone 7.5 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	1	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE	1	
cabergoline 0.5 mg tablet	1	QL(16 cada 28 días)
CABOMETYX 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 40 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 60 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet	1	
calcipotriene 0.005 % scalp solution	1	PA,QL(60 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % topical cream	1	PA,QL(120 cada 30 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	1	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg capsule	1	
calcitriol 0.5 mcg capsule	1	
calcitriol 1 mcg/ml oral solution	1	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) chewable tablet	1	
calcium 500 + d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet	1	
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet	1	
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit) tablet	1	
calcium 600 mg calcium (1,500 mg) tablet	1	
calcium acetate 668 mg (169 mg calcium) tablet	1	
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg capsule	1	
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg tablet	1	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet	1	
calcium antacid 300 mg (750 mg) chewable tablet	1	
calcium antacid 320 mg calcium (750 mg) chewable tablet	1	
calcium antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	1	
calcium carb-vit d3-minerals 600 mg calcium-400 unit tablet	1	
calcium carbonate 260 mg calcium (648 mg) tablet	1	
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) chewable tablet	1	
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	1	
calcium carbonate 500 mg-vitamin d3 10 mcg (400 unit) chewable tablet	1	
calcium carbonate 500 mg-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet	1	
calcium carbonate 500 mg-vitamin d3 15 mcg (600 unit) tablet	1	
calcium carbonate 500 mg-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet	1	
calcium carbonate 500 mg/5 ml calcium (1,250 mg/5 ml) oral suspension	1	
calcium carbonate 600 mg calcium (1,500 mg) tablet	1	
calcium carbonate 600 mg-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
calcium carbonate 600 mg-vitamin d3 20 mcg (800 unit) tablet	1	
CALPHRON 667 MG TABLET	1	
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MALEATE) 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
camila 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
capecitabine 150 mg tablet	1	PA,QL(630 cada 30 días)
capecitabine 500 mg tablet	1	PA,QL(189 cada 30 días)
CAPRON DMT 30 MG-30 MG TABLET	1	
carbamazepine 100 mg chewable tablet	1	
carbamazepine 100 mg/5 ml oral suspension	1	
carbamazepine 200 mg tablet	1	
carbamazepine 200 mg/10 ml oral suspension	1	
carbamazepine er 100 mg capsule,extended release mphase12hr	1	
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr	1	
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr	1	
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg tablet ^{EDS}	1	
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg tablet ^{EDS}	1	
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet ^{EDS}	1	
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release	1	
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release	1	
carbinoxamine 4 mg/5 ml oral liquid	1	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % eye drops	1	
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE ^{CE}	1	
CAREONE LANCING DEVICE ^{CE}	1	
CAREONE THIN LANCET	1	
CAREONE ULTRA THIN LANCET	1	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE	1	
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE ^{CE}	1	
CARESOFT LANCING DEVICE ^{CE}	1	
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ^{CE}	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CARETOUCH LANCING DEVICE ^{CE}	1	
CARETOUCH SAFETY LANCESTS 26 GAUGE	1	
CARETOUCH SAFETY LANCESTS 28 GAUGE	1	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE	1	
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE	1	
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE	1	
carisoprodol 350 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
carteolol 1 % eye drops	1	
cartia xt 120 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 180 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 240 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
carvedilol 25 mg tablet ^{EDS}	1	
carvedilol 3.125 mg tablet ^{EDS}	1	
carvedilol 6.25 mg tablet ^{EDS}	1	
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM ^{CE}	1	
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
cefaclor 125 mg/5 ml oral suspension	1	
cefaclor 250 mg capsule	1	
cefaclor 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cefaclor 375 mg/5 ml oral suspension	1	
cefaclor 500 mg capsule	1	
cefadroxil 1 gram tablet	1	
cefadroxil 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cefadroxil 500 mg capsule	1	
cefadroxil 500 mg/5 ml oral suspension	1	
cefdinir 125 mg/5 ml oral suspension	1	
cefdinir 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cefdinir 300 mg capsule	1	
cefixime 100 mg/5 ml oral suspension	1	
cefixime 200 mg/5 ml oral suspension	1	
cefixime 400 mg capsule ^{CE}	1	
cefpodoxime 100 mg tablet	1	
cefpodoxime 100 mg/5 ml oral suspension	1	
cefpodoxime 200 mg tablet	1	
cefpodoxime 50 mg/5 ml oral suspension	1	
cefprozil 125 mg/5 ml oral suspension	1	
cefprozil 250 mg tablet	1	
cefprozil 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cefprozil 500 mg tablet	1	
cefuroxime axetil 250 mg tablet	1	
cefuroxime axetil 500 mg tablet	1	
celecoxib 100 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 200 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
CELLTRION DIATRUST COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
centratex 106 mg iron-1 mg capsule	1	
cephalexin 125 mg/5 ml oral suspension	1	
cephalexin 250 mg capsule	1	
cephalexin 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cephalexin 500 mg capsule	1	
CERDELGA 84 MG CAPSULE	1	PA
cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg tablet	1	
cetirizine 5 mg tablet	1	
CHANTIX 1 MG TABLET ^{CE}	1	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET ^{CE}	1	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK ^{CE}	1	QL(53 cada 28 días)
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{CE}	1	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
CHEMET 100 MG CAPSULE	1	
CHEMSTRIP 10 MD	1	
chest congestion relief 400 mg tablet	1	
chest congestion relief dm 20 mg-400 mg tablet	1	
chest congestion-cough relief 20 mg-400 mg tablet	1	
child mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid	1	
children delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
children's acetaminophen 160 mg chewable tablet	1	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension	1	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid	1	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension	1	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS	1	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution	1	
children's aspirin 81 mg chewable tablet	1	
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT WITH IRON 15 MG IRON TABLET	1	
children's chewable multivitamin 300 mcg tablet	1	
CHILDREN'S CHEWABLE VITAMIN TABLET	1	
children's chewables 300 mcg tablet	1	
children's chewables extra c 300 mcg tablet	1	
children's diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	1	
children's iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops	1	
children's mapap 160 mg chewable tablet	1	
children's mucinex cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension	1	
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension	1	
childs/iron chewable tablet	1	
chlordiazepoxide 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 25 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash	1	
chloroquine 250 mg tablet	1	
chloroquine 500 mg tablet	1	
chlorpheniramine 4 mg tablet	1	
chlorthalidone 25 mg tablet ^{EPS}	1	
chlorthalidone 50 mg tablet ^{EPS}	1	
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
cholestyramine (with sugar) 4 gram oral powder	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram powder for susp in a packet	1	
cholestyramine light 4 gram oral powder	1	
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet	1	
cholestyramine-aspartame 4 gram oral powder for susp in a packet	1	
ciclopirox 0.77 % topical cream	1	
ciclopirox 0.77 % topical gel	1	
ciclopirox 0.77 % topical suspension	1	
ciclopirox 1 % shampoo	1	
cilostazol 100 mg tablet	1	
cilostazol 50 mg tablet	1	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
cimetidine 200 mg tablet	1	
cimetidine 300 mg tablet	1	
cimetidine 300 mg/5 ml oral solution	1	
cimetidine 400 mg tablet	1	
cimetidine 800 mg tablet	1	
cinacalcet 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 60 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION	1	QL(7.5 cada 30 días)
ciprofloxacin 0.2 % ear drops in a dropperette	1	
ciprofloxacin 0.3 % eye drops	1	
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension	1	QL(7.5 cada 30 días)
ciprofloxacin 250 mg tablet	1	
ciprofloxacin 250 mg/5 ml oral suspension	1	
ciprofloxacin 500 mg tablet ^{CE}	1	
ciprofloxacin 750 mg tablet	1	
citalopram 10 mg tablet ^{EPS}	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
citalopram 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
citrate of magnesia oral	1	
claravis 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
clarithromycin 125 mg/5 ml oral suspension	1	
clarithromycin 250 mg tablet	1	
clarithromycin 250 mg/5 ml oral suspension	1	
clarithromycin 500 mg tablet	1	
clearlax 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	1	
clindacin etz 1 % topical swab	1	
clindacin p 1 % topical swab	1	
clindamycin 1 % lotion	1	
clindamycin 1 % topical gel	1	
clindamycin 2 % vaginal cream	1	
clindamycin 75 mg/5 ml oral solution	1	
clindamycin hcl 150 mg capsule	1	
clindamycin hcl 300 mg capsule	1	
clindamycin hcl 75 mg capsule	1	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution	1	
clindamycin phosphate 1 % topical solution	1	
clindamycin phosphate 1 % topical swab	1	
clobazam 10 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension	1	PA,QL(480 cada 30 días)
clobazam 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % scalp solution	1	
clobetasol 0.05 % shampoo	1	
clobetasol 0.05 % topical cream	1	
clobetasol 0.05 % topical gel	1	
clobetasol 0.05 % topical ointment	1	
clobetasol-emollient 0.05 % topical cream	1	
clodan 0.05 % shampoo	1	
clomipramine 25 mg capsule	1	
clomipramine 50 mg capsule	1	
clomipramine 75 mg capsule	1	
clonazepam 0.125 mg disintegrating tablet	1	
clonazepam 0.25 mg disintegrating tablet	1	
clonazepam 0.5 mg disintegrating tablet	1	
clonazepam 0.5 mg tablet	1	
clonazepam 1 mg disintegrating tablet	1	
clonazepam 1 mg tablet	1	
clonazepam 2 mg disintegrating tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
clonazepam 2 mg tablet	1	
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{EDS}	1	
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{EDS}	1	
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{EDS}	1	
clopidogrel 300 mg tablet	1	QL(1 cada 30 días)
clopidogrel 75 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1	
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1	
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1	
clotrimazole 1 % topical cream ^{CE}	1	
clotrimazole 1 % topical solution	1	
clotrimazole 1 % vaginal cream ^{CE}	1	
clotrimazole 10 mg troche	1	
clotrimazole-3 2 % vaginal cream ^{CE}	1	
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % lotion	1	
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream	1	
clozapine 100 mg tablet	1	
clozapine 200 mg tablet	1	
clozapine 25 mg tablet	1	
clozapine 50 mg tablet	1	
COAGUCHEK LANCETS	1	
codeine 10 mg-guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid	1	
codeine sulfate 15 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 60 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
colchicine 0.6 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
colesevelam 625 mg tablet	1	
colestipol 1 gram tablet	1	
colestipol 5 gram oral granules	1	
colestipol 5 gram oral packet	1	
COLOR LANCETS 21 GAUGE	1	
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES	1	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES	1	PA,QL(84 cada 28 días)
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE	1	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE	1	
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE	1	
COMFORT LANCETS	1	
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
COMPACT SPACE CHAMBER	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	1	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
complete allergy 25 mg capsule	1	
complete allergy 25 mg tablet	1	
complete allergy medicine 25 mg capsule	1	
complete allergy medicine 25 mg tablet	1	
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack	1	
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet	1	
compro 25 mg rectal suppository	1	
CONDOMS-PREM LUBRICATED ^{CE}	1	
constulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
COPIKTRA 15 MG CAPSULE	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COPIKTRA 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(56 cada 28 días)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	
CORLANOR 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(560 cada 28 días)
CORLANOR 7.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
cough relief 15 mg/5 ml oral liquid	1	
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid	1	
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml	1	
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	1	PA
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	1	PA
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate	1	
cromolyn 4 % eye drops	1	
cromolyn 5.2 mg/spray (4 %) nasal spray	1	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
CURITY ALCOHOL SWABS	1	
CUTTER BACKWOODS 25 % TOPICAL PUMP SPRAY	1	
CUTTER BACKWOODS 25 % TOPICAL SPRAY	1	
CUTTER BACKWOODS DRY 25 % TOPICAL SPRAY	1	
CUTTER SKINSATIONS 7 % TOPICAL PUMP SPRAY	1	
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	1	QL(30 cada 30 días)
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1	
cyclopentolate 1 % eye drops	1	
cyclopentolate 2 % eye drops	1	
cyclophosphamide 25 mg capsule	1	QL(960 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
cyclophosphamide 25 mg tablet	1	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg capsule	1	QL(480 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)
cyclosporine 0.05 % eye drops in a dropperette	1	QL(60 cada 30 días)
cyclosporine 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine 25 mg capsule	1	
cyclosporine modified 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine modified 100 mg/ml oral solution	1	
cyclosporine modified 25 mg capsule	1	
cyclosporine modified 50 mg capsule	1	
cyproheptadine 2 mg/5 ml oral syrup	1	
cyproheptadine 4 mg tablet	1	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP ORAL POWDER	1	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	1	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS	1	PA,QL(60 cada 28 días)
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops	1	
dabigatran etexilate 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
dabigatran etexilate 75 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr	1	PA,QL(60 cada 30 días)
danazol 100 mg capsule	1	
danazol 200 mg capsule	1	
danazol 50 mg capsule	1	
dantrolene 100 mg capsule	1	
dantrolene 25 mg capsule	1	
dantrolene 50 mg capsule	1	
dapsone 100 mg tablet	1	
dapsone 25 mg tablet	1	
darunavir ethanolate 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir ethanolate 800 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
DAURISMO 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
deep sea nasal 0.65 % spray aerosol	1	
deferasirox 180 mg tablet	1	PA,QL(600 cada 30 días)
deferasirox 360 mg tablet	1	PA,QL(300 cada 30 días)
deferasirox 90 mg tablet	1	PA,QL(1200 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
demeclocycline 150 mg tablet	1	
demeclocycline 300 mg tablet	1	
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
desipramine 10 mg tablet	1	
desipramine 100 mg tablet	1	
desipramine 150 mg tablet	1	
desipramine 25 mg tablet	1	
desipramine 50 mg tablet	1	
desipramine 75 mg tablet	1	
desloratadine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
desmopressin 0.1 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
desmopressin 0.2 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
desogestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet ^{CE}	1	
desogestrel-e.estriadiol 0.15 mg-0.02 mg(21)/e.estrad 0.01 mg(5) tablet ^{CE}	1	
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethasone 0.5 mg tablet	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral elixir	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral solution	1	
dexamethasone 0.75 mg tablet	1	
dexamethasone 1 mg tablet	1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	1	
dexamethasone 2 mg tablet	1	
dexamethasone 4 mg tablet	1	
dexamethasone 6 mg tablet	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate)	1	
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops	1	
dexmethylphenidate 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 10 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 15 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 20 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 30 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine er 5 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
dextromethorphan-guaifenesin er 60 mg-1,200 mg tab,extend release,12hr	1	
diarrhea relief (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension	1	
diazepam 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	1	
diazepam 2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 2.5 mg rectal kit	1	
diazepam 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	1	
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(240 cada 30 días)
dibucaine 1 % topical ointment	1	
diclofenac 0.1 % eye drops	1	QL(5 cada 30 días)
diclofenac 1 % topical gel	1	QL(500 cada 30 días)
diclofenac er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	
diclofenac potassium 50 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
diclofenac sodium 25 mg tablet,delayed release	1	
diclofenac sodium 50 mg tablet,delayed release	1	
diclofenac sodium 75 mg tablet,delayed release	1	
dicloxacillin 250 mg capsule	1	
dicloxacillin 500 mg capsule	1	
dicyclomine 10 mg capsule	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml oral solution	1	
dicyclomine 20 mg tablet	1	
didanosine 250 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine 400 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)
digitek 125 mcg (0.125 mg) tablet	1	QL(30 cada 30 días)
digitek 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg) tablet	1	QL(30 cada 30 días)
digox 250 mcg (0.25 mg) tablet	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution	1	
dilt-xr 120 mg capsule, extended release	1	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 180 mg capsule, extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 240 mg capsule, extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 120 mg tablet	1	
diltiazem 30 mg tablet ^{EDS}	1	
diltiazem 60 mg tablet ^{EDS}	1	
diltiazem 90 mg tablet ^{EDS}	1	
diltiazem cd 120 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 120 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(90 cada 30 días)
diltiazem er 180 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 240 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 300 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 360 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 420 mg capsule,24 hr,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	1	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	1	PA,QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
DIPHENHIST 25 MG CAPSULE	1	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir	1	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
diphenhydramine 25 mg capsule	1	
diphenhydramine 25 mg tablet	1	
diphenhydramine 50 mg capsule	1	
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg tablet	1	
dipyridamole 25 mg tablet	1	
dipyridamole 50 mg tablet	1	
dipyridamole 75 mg tablet	1	
disopyramide phosphate 100 mg capsule	1	
disopyramide phosphate 150 mg capsule	1	
disulfiram 250 mg tablet	1	
disulfiram 500 mg tablet	1	
divalproex 125 mg capsule,delayed release sprinkle	1	
divalproex 125 mg tablet,delayed release ^{EDS}	1	
divalproex 250 mg tablet,delayed release ^{EDS}	1	
divalproex 500 mg tablet,delayed release ^{EDS}	1	
divalproex er 250 mg tablet,extended release 24 hr	1	
divalproex er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	
docusate sodium 100 mg capsule	1	
dodex 1,000 mcg/ml injection solution	1	QL(30 cada 30 días)
dofetilide 125 mcg capsule	1	QL(240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
dofetilide 500 mcg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID	1	PA
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet ^{CE}	1	
donepezil 10 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil 5 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
dorzolamide 2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
dotti 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
double antibiotic (bacitrcn zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment	1	
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
doxazosin 1 mg tablet ^{EDS}	1	
doxazosin 2 mg tablet ^{EDS}	1	
doxazosin 4 mg tablet ^{EDS}	1	
doxazosin 8 mg tablet ^{EDS}	1	
doxepin 10 mg capsule	1	
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
doxepin 100 mg capsule	1	
doxepin 150 mg capsule	1	
doxepin 25 mg capsule	1	
doxepin 50 mg capsule	1	
doxepin 75 mg capsule	1	
doxycycline hyclate 100 mg capsule ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
doxycycline hyclate 100 mg tablet ^{CE}	1	
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1	
doxycycline hyclate 50 mg capsule	1	
doxycycline monohydrate 100 mg capsule ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
doxycycline monohydrate 100 mg tablet	1	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml oral suspension	1	
doxycycline monohydrate 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
doxycycline monohydrate 50 mg tablet	1	
doxycycline monohydrate 75 mg tablet	1	
doxylamine 10 mg-pyridoxine (vit b6) 10 mg tablet,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)
dronabinol 10 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 2.5 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 5 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
DROPLET GENTEL LANCING DEVICE ^{CE}	1	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE	1	
DROPLET LANCING DEVICE ^{CE}	1	
drospirene-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet ^{CE}	1	
drospirene-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet ^{CE}	1	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet ^{CE}	1	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet ^{CE}	1	
duloxetine 20 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM ^{CE}	1	
dutasteride 0.5 mg capsule ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
E-Z JECT LANCETS	1	
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE	1	
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE	1	
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE	1	
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE	1	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE	1	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 %	1	
ear wax removal drops 6.5 %	1	
ear wax removal kit 6.5 % drops	1	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	1	
EASIVENT MASK LARGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EASIVENT MASK MEDIUM	1	
EASIVENT MASK SMALL	1	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE	1	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE ^{CE}	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	1	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE	1	
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE	1	
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE	1	
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE	1	
EASY TOUCH LANCING DEVICE ^{CE}	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE	1	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE	1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE	1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE	1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE	1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE	1	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE	1	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE	1	
ec-naproxen 500 mg tablet,delayed release	1	
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8" ^{CE}	1	
ECLIPSE NEEDLE 27 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
econtra ez 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
econtra one-step 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid	1	
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet	1	
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 50 mg capsule	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 600 mg-emtricitabine 200 mg-tenofovir disoprox 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 600 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET	1	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	1	QL(74 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ELLA 30 MG TABLET ^{CE}	1	QL(1 cada 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT ^{CE}	1	
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{CE}	1	QL(1 cada 28 días)
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE	1	
EMCYT 140 MG CAPSULE	1	QL(540 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
enalapril 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril maleate 1 mg/ml oral solution	1	PA
enalapril maleate 10 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril maleate 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril maleate 20 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril maleate 5 mg tablet ^{EDS}	1	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8.16 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(78 cada 365 días)
endocet 10 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 2.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 7.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
enema 19 gram-7 gram/118 ml	1	
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml	1	
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	1	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{CE}	1	QL(1 cada 28 días)
exoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(28 cada 28 días)
exoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(22.4 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml subcutaneous solution	1	QL(84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml subcutaneous syringe	1	QL(11.2 cada 28 días)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	1	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(22.4 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{CE}	1	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
entacapone 200 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
entecavir 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
enulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA
epinastine 0.05 % eye drops	1	QL(5 cada 25 días)
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml auto-injector (for 33 to 66 lb patients)	1	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)
epitol 200 mg tablet	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
erlotinib 100 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 150 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
errin 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment	1	QL(3.5 cada 28 días)
erythromycin with ethanol 2 % topical solution	1	
escitalopram 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)
esomeprazole magnesium dr 10 mg granules delayed release for susp	1	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole magnesium dr 20 mg granules delayed release for susp	1	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole magnesium dr 40 mg granules delayed release for susp	1	QL(30 cada 30 días)
estarryla 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
estradiol 0.01% (0.1 mg/gram) vaginal cream	1	
estradiol 0.025 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.0375 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.0375 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.06 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
estradiol 0.1 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg tablet	1	
estradiol 1 mg tablet	1	
estradiol 10 mcg vaginal tablet	1	
estradiol 2 mg tablet	1	
estradiol-norethindrone acet 0.5 mg-0.1 mg tablet	1	
estradiol-norethindrone acet 1 mg-0.5 mg tablet	1	
eszopiclone 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 3 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ethambutol 100 mg tablet	1	
ethambutol 400 mg tablet	1	
ethosuximide 250 mg capsule	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution	1	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-50 mcg tablet ^{CE}	1	
etodolac 200 mg capsule	1	
etodolac 300 mg capsule	1	
etodolac 400 mg tablet	1	
etodolac 500 mg tablet	1	
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{CE}	1	QL(1 cada 28 días)
etoposide 50 mg capsule	1	QL(100 cada 30 días)
etravirine 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
EUTHYROX 100 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 112 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 125 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 137 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 150 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 175 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 88 MCG TABLET	1	
everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg tablet for oral suspension	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 3 mg tablet for oral suspension	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet for oral suspension	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
exemestane 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) drops	1	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE	1	
EZ-LETS 26 GAUGE	1	
ezetimibe 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
famciclovir 125 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 250 mg tablet ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 500 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
famotidine 10 mg tablet	1	
famotidine 20 mg tablet	1	
famotidine 40 mg tablet	1	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension	1	
FANTASY CONDOM ^{CE}	1	
FARYDAK 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 15 MG CAPSULE	1	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(6 cada 21 días)
FASTEPE COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	
FC2 FEMALE CONDOM ^{CE}	1	
felbamate 400 mg tablet	1	
felbamate 600 mg tablet	1	
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension	1	
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE ^{CE}	1	
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE ^{CE}	1	
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE ^{CE}	1	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
fenofibrate 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 200 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
fentanyl 1,200 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 1,600 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 200 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 37.5 mcg/hour transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
fentanyl 400 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 600 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 62.5 mcg/hour transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 800 mcg lozenge on a handle	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl 87.5 mcg/hour transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet	1	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS	1	
FERIVA 75 MG IRON-1 MG-175 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	
ferocon 110 mg-0.5 mg capsule	1	
ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet	1	
ferrex 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
ferrex 150 forte plus 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
ferrex 150 mg iron capsule	1	
ferrex 28 151 mg-200 mg-1 mg-0.8 mg tablet	1	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) tablet	1	
ferrocite plus 106 mg iron-1 mg tablet	1	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron) tablet	1	
ferrous gluconate 324 mg (37.5 mg iron) tablet	1	
ferrous gluconate 324 mg (38 mg iron) tablet	1	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops	1	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral elixir	1	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral solution	1	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml oral liquid	1	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron) tablet,delayed release	1	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet	1	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet,delayed release	1	
fever reducer 120 mg rectal suppository	1	
FEVERALL 120 MG RECTAL SUPPOSITORY	1	
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY	1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE	1	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE	1	
FILTER NEEDLES 19 X 1 1/2" ^{CE}	1	
FILTER NEEDLES 19 X 1" ^{CE}	1	
finasteride 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS 30 GAUGE	1	
FINGERSTIX LANCETS	1	
finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{CE}	1	
FIRDAPSE 10 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)
first aid antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment	1	
flavoxate 100 mg tablet	1	
flecainide 100 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
flecainide 150 mg tablet	1	
flecainide 50 mg tablet	1	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML	1	
fleet glycerin (child) rectal suppository	1	
fleet laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
FLEXICHAMBER SPACER	1	
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	1	
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	1	
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	1	
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ^{CE}	1	
FLUAD QUAD 2023-2024(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION ^{CE}	1	
fluconazole 10 mg/ml oral suspension	1	
fluconazole 100 mg tablet	1	
fluconazole 150 mg tablet ^{CE}	1	
fluconazole 200 mg tablet	1	
fluconazole 40 mg/ml oral suspension	1	
fluconazole 50 mg tablet	1	
flucytosine 250 mg capsule	1	
flucytosine 500 mg capsule	1	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	1	
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUMIST QUAD 2023-2024 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE ^{CE}	1	
flunisolide 25 mcg (0.025 %) nasal spray	1	QL(50 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % topical cream	1	
fluocinolone 0.025 % topical cream	1	
fluocinolone 0.025 % topical ointment	1	
fluocinonide 0.05 % topical cream	1	
fluocinonide 0.05 % topical gel	1	
fluocinonide 0.05 % topical ointment	1	
fluocinonide 0.05 % topical solution	1	
fluocinonide 0.1 % topical cream	1	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	1	
fluocinonide-emollient 0.05 % topical cream	1	
fluoride 0.25 mg (0.55 mg sodium fluoride) chewable tablet	1	
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet	1	
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride)/ml oral drops	1	
fluoride 1 mg (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension	1	
fluorouracil 2 % topical solution	1	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % topical cream	1	
fluorouracil 5 % topical solution	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg capsule ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution ^{EDS}	1	
fluoxetine 40 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
fluphenazine 2.5 mg/5 ml oral elixir	1	
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	1	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml injection solution	1	
flurbiprofen 0.03 % eye drops	1	
flurbiprofen 100 mg tablet	1	
flutamide 125 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)
fluticasone 100 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone 113 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone 232 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone 250 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone 500 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone 55 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powder	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment	1	
fluticasone propionate 0.05 % topical cream	1	
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)
fluticasone propionate 115 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)
fluticasone propionate 230 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(10.6 cada 30 días)
fluticasone propionate 45 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1	QL(16 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2023-24 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{CE}	1	
FLUZONE QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP. ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
folic acid 1 mg tablet	1	
folic acid 400 mcg tablet	1	
folivane-f 125 mg-1 mg-40 mg-3 mg capsule	1	
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule	1	
folivane-plus 125 mg iron-1 mg capsule	1	
FORA LANCING DEVICE ^{CE}	1	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE	1	
fosamprenavir 700 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
fosinopril 10 mg tablet ^{EDS}	1	
fosinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	
fosinopril 20 mg tablet ^{EDS}	1	
fosinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
fosinopril 40 mg tablet ^{EDS}	1	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE	1	
FREESTYLE UNISTIK 2	1	
furosemide 10 mg/ml oral solution ^{EDS}	1	
furosemide 20 mg tablet ^{EDS}	1	
furosemide 40 mg tablet ^{EDS}	1	
furosemide 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution ^{EDS}	1	
furosemide 80 mg tablet ^{EDS}	1	
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(60 cada 30 días)
fyavolv 0.5 mg-2.5 mcg tablet	1	
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet	1	
gabapentin 100 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 300 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 400 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
gabapentin 800 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
galantamine 12 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml oral solution	1	QL(200 cada 30 días)
galantamine 8 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine er 16 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 24 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 8 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
gatifloxacin 0.5 % eye drops	1	QL(2.5 cada 25 días)
gavilax 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	1	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	1	
gavilyte-n 420 gram oral solution	1	
gemfibrozil 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT ^{CE}	1	
generlac 10 gram/15 ml oral solution	1	
gengraf 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)
gengraf 100 mg/ml oral solution	1	
gengraf 25 mg capsule	1	
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment	1	
gentamicin 0.3 % eye drops	1	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK ^{CE}	1	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(12 cada 28 días)
glimepiride 1 mg tablet ^{EDS}	1	
glimepiride 2 mg tablet ^{EDS}	1	
glimepiride 4 mg tablet ^{EDS}	1	
glipizide 10 mg tablet ^{EDS}	1	
glipizide 2.5 mg tablet	1	
glipizide 2.5 mg-metformin 250 mg tablet	1	
glipizide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	1	
glipizide 5 mg tablet ^{EDS}	1	
glipizide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1	
glipizide er 10 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}	1	
glipizide er 2.5 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}	1	
glipizide er 5 mg tablet, extended release 24 hr ^{EDS}	1	
GLUCOCOM LANCESTS 28 GAUGE	1	
GLUCOCOM LANCESTS 30 GAUGE	1	
GLUCOCOM LANCESTS 33 GAUGE	1	
glucose 4 gram chewable tablet	1	
glyburide 1.25 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide 1.25 mg-metformin 250 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide 5 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide micronized 1.5 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide micronized 3 mg tablet ^{EDS}	1	
glyburide micronized 6 mg tablet ^{EDS}	1	
glycerin (child) rectal suppository	1	
glycopyrrrolate 1 mg tablet	1	
glycopyrrrolate 2 mg tablet	1	
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
GOJJI LANCESTS 30 GAUGE	1	
GOJJI LANCING DEVICE ^{CE}	1	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
granisetron hcl 1 mg tablet	1	QL(28 cada 28 días)
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension	1	
griseofulvin microsize 500 mg tablet	1	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg tablet	1	
griseofulvin ultramicrosize 250 mg tablet	1	
guaiatussin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid	1	
guaifenesin 200 mg tablet	1	
guaifenesin 400 mg tablet	1	
guaifenesin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
guanfacine 1 mg tablet ^{EDS}	1	
guanfacine 2 mg tablet ^{EDS}	1	
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
GVOKE PFS 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
GVOKE PFS 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
gynazole-1 2 % vaginal cream ^{CE}	1	
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
HALDOL DECANOATE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	QL(5 cada 30 días)
HALDOL DECANOATE 50 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	QL(9 cada 30 días)
haloette 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{CE}	1	QL(1 cada 28 días)
haloperidol 0.5 mg tablet	1	
haloperidol 1 mg tablet	1	
haloperidol 10 mg tablet	1	
haloperidol 2 mg tablet	1	
haloperidol 20 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
haloperidol 5 mg tablet	1	
haloperidol decanoate 100 mg/ml intramuscular solution	1	QL(5 cada 30 días)
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution	1	QL(9 cada 30 días)
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml injection solution	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml intramuscular syringe	1	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE ^{CE}	1	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE	1	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg tablet	1	
heartburn relief (famotidine) 10 mg tablet	1	
heartburn relief (famotidine) 20 mg tablet	1	
heather 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
hematex 150 mg iron tablet	1	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron-1 mg tablet	1	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg tablet	1	
hematogen fa 200 mg-250 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	1	PA,QL(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	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN	1	
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	1	QL(100 cada 25 días)
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	1	QL(25 cada 25 días)
hydralazine 10 mg tablet ^{EDS}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
hydralazine 100 mg tablet ^{EDS}	1	
hydralazine 25 mg tablet ^{EDS}	1	
hydralazine 50 mg tablet ^{EDS}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg capsule ^{EDS}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}	1	
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone 10 mg-chlorpheniramine 8 mg/5 ml oral susp extend.rel 12hr	1	
hydrocodone 10 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone 2.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone 5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone 7.5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml (5 ml) oral syrup	1	
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	1	
hydrocortisone 0.5 % topical cream	1	
hydrocortisone 1 % topical cream	1	
hydrocortisone 1 % topical cream with perineal applicator	1	
hydrocortisone 1 % topical ointment	1	
hydrocortisone 10 mg tablet	1	
hydrocortisone 100 mg/60 ml enema	1	
hydrocortisone 2.5 % lotion	1	
hydrocortisone 2.5 % topical cream	1	
hydrocortisone 2.5 % topical cream with perineal applicator	1	
hydrocortisone 2.5 % topical ointment	1	
hydrocortisone 20 mg tablet	1	
hydrocortisone 5 mg tablet	1	
hydrocortisone acetate 0.5 % topical cream	1	
hydrocortisone acetate 1 % topical cream	1	
hydrocortisone acetate 1 % topical ointment	1	
hydrocortisone plus 1 % topical cream	1	
hydrocortisone-aloe vera 1 % topical cream	1	
hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	1	
hydromorphone 1 mg/ml oral liquid	1	QL(2400 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 4 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg tablet	1	
hydroxychloroquine 200 mg tablet	1	
hydroxychloroquine 300 mg tablet	1	
hydroxychloroquine 400 mg tablet	1	
hydroxyurea 500 mg capsule	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	1	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution	1	
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	1	
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	1	
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule	1	
hydroxyzine pamoate 25 mg capsule	1	
hydroxyzine pamoate 50 mg capsule	1	
HYFTOR 0.2 % TOPICAL GEL	1	PA
hyoscyamine 0.125 mg disintegrating tablet	1	
hyoscyamine 0.125 mg sublingual tablet	1	
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml oral elixir	1	
hyoscyamine 0.125 mg/ml oral drops	1	
hyoscyamine er 0.375 mg tablet,extended release,12 hr	1	
hyoscyamine sulfate 0.125 mg tablet	1	
HYPOLANCE AST LANCING KIT ^{CE}	1	
ibandronate 150 mg tablet	1	QL(1 cada 28 días)
ibu 400 mg tablet	1	
ibu 600 mg tablet	1	
ibu 800 mg tablet	1	
ibu-200 200 mg tablet	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	1	
ibuprofen 200 mg tablet	1	
ibuprofen 400 mg tablet	1	
ibuprofen 600 mg tablet	1	
ibuprofen 800 mg tablet	1	
ibuprofen ib 200 mg tablet	1	
icatibant 30 mg/3 ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(9 cada 30 días)
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
ICLUSIG 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ICLUSIG 30 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
icosapent ethyl 1 gram capsule	1	QL(120 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
IDHIFA 50 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
iferex 150 150 mg iron capsule	1	
iferex 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KIT ^{CE}	1	
imatinib 100 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 560 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
imipramine 10 mg tablet	1	
imipramine 25 mg tablet	1	
imipramine 50 mg tablet	1	
imiquimod 5 % topical cream packet	1	QL(12 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
incassia 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	1	
INCONTROL LANCING DEVICE ^{CE}	1	
INCONTROL SUPER THIN LANCEETS 30 GAUGE	1	
INCONTROL ULTRA THIN LANCEETS 28 GAUGE	1	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)
indapamide 1.25 mg tablet ^{EDS}	1	
indapamide 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
indomethacin 25 mg capsule	1	
indomethacin 50 mg capsule	1	
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension	1	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension	1	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension	1	
infants gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension	1	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension	1	
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension	1	
INJECT EASE LANCEETS 28 GAUGE	1	
INJECT EASE LANCEETS 30 GAUGE	1	
insect repellent (deet) 15 % topical spray	1	
INSECT REPELLENT (PICARIDIN) 20 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP	1	
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSULIN ASPAR PRT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS SOLN	1	
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
INSULIN LISPRO PROTAMINE-LISPRO 100 UNIT/ML (75-25) SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML ^{CE}	1	
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
INTELENCE 100 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT ^{CE}	1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML ^{CE}	1	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION	1	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 18 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION	1	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 50 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION	1	PA,QL(12 cada 30 días)
INVACARE LANCEETS 30 GAUGE	1	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(2.63 cada 90 días)
INVIRASE 500 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
ipratropium 0.5 mg-albuterol 3 mg (2.5 mg base)/3 ml nebulization soln	1	
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation	1	
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) nasal spray	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) nasal spray	1	QL(45 cada 30 días)
irbesartan 150 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan 300 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 75 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
iron 325 mg (65 mg iron) tablet	1	
iron er 159 mg (45 mg iron) tablet,extended release	1	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
isoniazid 100 mg tablet	1	
isoniazid 300 mg tablet	1	
isoniazid 50 mg/5 ml oral solution	1	
isosorbide dinitrate 10 mg tablet	1	
isosorbide dinitrate 20 mg tablet	1	
isosorbide dinitrate 30 mg tablet	1	
isosorbide dinitrate 40 mg tablet	1	
isosorbide dinitrate 5 mg tablet	1	
isosorbide mononitrate 10 mg tablet ^{EDS}	1	
isosorbide mononitrate 20 mg tablet ^{EDS}	1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
isosorbide mononitrate er 30 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
isosorbide mononitrate er 60 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
isotretinoin 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
isradipine 2.5 mg capsule	1	
isradipine 5 mg capsule	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
itraconazole 10 mg/ml oral solution	1	QL(150 cada 30 días)
itraconazole 100 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
ivermectin 3 mg tablet	1	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
JAKAFI 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA) ^{CE}	1	
jantoven 1 mg tablet	1	
jantoven 10 mg tablet	1	
jantoven 2 mg tablet	1	
jantoven 2.5 mg tablet	1	
jantoven 3 mg tablet	1	
jantoven 4 mg tablet	1	
jantoven 5 mg tablet	1	
jantoven 6 mg tablet	1	
jantoven 7.5 mg tablet	1	
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{CE}	1	
jencycla 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
jinteli 1 mg-5 mcg tablet	1	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
jr. str non-aspirin pain 160 mg disintegrating tablet	1	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
JYNARQUE 15 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 30 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 30 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 45 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 60 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 90 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml oral suspension	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{CE}	1	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
KALYDECO 13.4 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
kapectate (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension	1	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
KATERZIA 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(300 cada 30 días)
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{CE}	1	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
ketoconazole 2 % shampoo	1	
ketoconazole 2 % topical cream	1	
ketoconazole 200 mg tablet	1	
KETONE URINE TEST STRIPS	1	
ketoprofen 25 mg capsule	1	
ketoprofen 50 mg capsule	1	
ketoprofen 75 mg capsule	1	
ketorolac 0.4 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 0.5 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 10 mg tablet	1	QL(20 cada 30 días)
ketotifen 0.025 % (0.035 %) eye drops	1	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) ^{CE}	1	
KIMONO MAXX CONDOMS ^{CE}	1	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM ^{CE}	1	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS ^{CE}	1	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS ^{CE}	1	
KIMONO TEXTURED CONDOMS ^{CE}	1	
klayesta 100,000 unit/gram topical powder	1	
klor-con m10 meq tablet,extended release	1	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE	1	
klor-con m20 meq tablet,extended release	1	
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet	1	
KORLYM 300 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
I norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
I norgest/e estradiol-e estrad 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tabs,3mos ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
I norgest/ee 0.15-0.02mg/0.15-0.025mg/0.15-0.03mg/ee 0.01 mg tabs,3mo ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
I-methylfolate 15 mg tablet	1	
I-methylfolate 7.5 mg tablet	1	
I.norgest-eth.estradiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{CE}	1	
labetalol 100 mg tablet	1	
labetalol 200 mg tablet	1	
labetalol 300 mg tablet	1	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml) oral solution	1	
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
lactulose 20 gram/30 ml oral solution	1	
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA) ^{CE}	1	QL(40 cada 5 días)
lamivudine 10 mg/ml oral solution	1	QL(960 cada 30 días)
lamivudine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 150 mg-zidovudine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 150 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 200 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack	1	
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack	1	
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack	1	
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet	1	QL(120 cada 30 días)
lamotrigine 25 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet	1	QL(150 cada 30 días)
LAMPIT 120 MG TABLET	1	
LAMPIT 30 MG TABLET	1	
LANCETS	1	
LANCETS 21 GAUGE	1	
LANCETS 26 GAUGE	1	
LANCETS 28 GAUGE	1	
LANCETS 30 GAUGE	1	
LANCETS 33 GAUGE	1	
LANCETS, SUPER THIN	1	
LANCETS,THIN	1	
LANCETS,THIN 23 GAUGE	1	
LANCETS,THIN 28 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LANCETS,ULTRA THIN	1	
LANCETS,ULTRA THIN 26 GAUGE	1	
LANCING DEVICE ^{CE}	1	
LANCING DEVICE WITH LANCETS ^{CE}	1	
LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT ^{CE}	1	
LANCING SYSTEM ^{CE}	1	
LANZO LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
lapatinib 250 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
latanoprost 0.005 % eye drops	1	QL(5 cada 25 días)
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet	1	
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
leflunomide 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
leflunomide 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 15 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 2.5 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 20 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 25 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 5 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
letrozole 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg tablet	1	
leucovorin calcium 15 mg tablet	1	
leucovorin calcium 25 mg tablet	1	
leucovorin calcium 5 mg tablet	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	1	QL(480 cada 30 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous kit	1	PA,QL(2.8 cada 14 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous solution	1	PA,QL(2.8 cada 14 días)
leuprolide 22.5 mg (3 month) intramuscular suspension	1	PA,QL(1 cada 90 días)
levetiracetam 1,000 mg tablet	1	
levetiracetam 100 mg/ml oral solution ^{EDS}	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 250 mg tablet ^{EDS}	1	
levetiracetam 500 mg tablet ^{EDS}	1	
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg tablet ^{EDS}	1	
levetiracetam er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	
levetiracetam er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1	
levobunolol 0.5 % eye drops	1	QL(5 cada 25 días)
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml oral solution	1	
levocarnitine 330 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
levocetirizine 2.5 mg/5 ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
levofloxacin 0.5 % eye drops	1	
levofloxacin 250 mg tablet ^{CE}	1	
levofloxacin 500 mg tablet ^{CE}	1	
levofloxacin 750 mg tablet	1	
levomefolate 15 mg-algal oil 90.314 mg capsule	1	
levomefolate calcium 15 mg tablet	1	
levomefolate calcium 7.5 mg tablet	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{CE}	1	
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet ^{CE}	1	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet ^{CE}	1	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91) ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet ^{CE}	1	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
levothyroxine 100 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 112 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 125 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 137 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 150 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 175 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 200 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 25 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 300 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 50 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 75 mcg tablet ^{EDS}	1	
levothyroxine 88 mcg tablet ^{EDS}	1	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(1575 cada 28 días)
lice killing 0.33 %-4 % shampoo	1	
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid	1	
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo	1	
lice treatment 1 % topical liquid	1	
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator	1	
lidocaine 4 % topical cream	1	
lidocaine 5 % topical patch	1	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % mucosal jelly	1	
lidocaine hcl 2 % mucosal solution	1	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution	1	
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	1	
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
lindane 1 % shampoo	1	
linezolid 100 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LINZESS 290 MCG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LINZESS 72 MCG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
liothyronine 25 mcg tablet	1	
liothyronine 5 mcg tablet	1	
liothyronine 50 mcg tablet	1	
liquituss gg 200 mg/5 ml oral liquid	1	
lisinopril 10 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 20 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 30 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 40 mg tablet ^{EDS}	1	
lisinopril 5 mg tablet ^{EDS}	1	
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE	1	
LITE TOUCH LANCETS 30 GAUGE	1	
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE	1	
LITE TOUCH LANCING DEVICE ^{CE}	1	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK	1	
LITEAIRE MDI CHAMBER	1	
LITETOUGH-LARGE MASK	1	
LITETOUGH-SMALL MASK	1	
lithium carbonate 150 mg capsule ^{EDS}	1	
lithium carbonate 300 mg capsule ^{EDS}	1	
lithium carbonate 300 mg tablet ^{EDS}	1	
lithium carbonate 600 mg capsule ^{EDS}	1	
lithium carbonate er 300 mg tablet,extended release ^{EDS}	1	
lithium carbonate er 450 mg tablet,extended release ^{EDS}	1	
lithium citrate 8 meq/5 ml oral solution	1	
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET ^{CE}	1	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{CE}	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	1	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	1	PA,QL(80 cada 30 días)
loperamide 2 mg capsule	1	
lopinavir-ritonavir 100 mg-25 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200 mg-50 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400 mg-100 mg/5 ml oral solution	1	
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release	1	
loratadine 10 mg disintegrating tablet	1	
loratadine 10 mg tablet	1	
loratadine 5 mg/5 ml oral solution	1	
loratadine-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr	1	
loratadine-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr	1	
lorazepam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lorazepam 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(150 cada 30 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{CE}	1	
losartan 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan 50 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan 50 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg tablet ^{EDS}	1	
lovastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
lovastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
loxapine succinate 10 mg capsule	1	
loxapine succinate 25 mg capsule	1	
loxapine succinate 5 mg capsule	1	
loxapine succinate 50 mg capsule	1	
lubricant eye (pg-peg 400) (pf) 0.4 %-0.3 % drops in a dropperette	1	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4 %-0.3 % drops	1	
lubricant eye drops 0.5 %	1	
lubricant eye drops 0.5 % drops in a dropperette	1	
lubricating plus 0.5 % eye drops in a dropperette	1	
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST KIT ^{CE}	1	
LUCIRA COVID-19 AND FLU TEST KIT ^{CE}	1	
lurasidone 120 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
lyleq 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
lyllana 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)
LYNPARZA 100 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYNPARZA 150 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
lyza 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
m-dryl 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet	1	
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid	1	
mag-al plus 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	1	
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
magnesium citrate oral solution	1	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml oral suspension	1	
mapap (acetaminophen) 500 mg capsule	1	
maraviroc 150 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
MARPLAN 10 MG TABLET	1	
MATULANE 50 MG CAPSULE	1	
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET	1	PA,QL(84 cada 28 días)
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA,QL(150 cada 30 días)
maxi-tuss ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
maxi-tuss g 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
maxi-tuss gmx 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	1	
meclizine 12.5 mg tablet	1	
meclizine 25 mg tablet	1	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE	1	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE	1	
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE	1	
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE	1	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 MM X 2 MM MISC	1	
medroxyprogesterone 10 mg tablet	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension ^{CE}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe ^{CE}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 2.5 mg tablet	1	
medroxyprogesterone 5 mg tablet	1	
mefloquine 250 mg tablet	1	
megestrol 20 mg tablet	1	
megestrol 40 mg tablet	1	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml) oral suspension	1	
megestrol 400 mg/10 ml (40 mg/ml) oral suspension	1	
MEKTOVI 15 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
meloxicam 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
melphalan 2 mg tablet	1	QL(80 cada 30 días)
memantine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml oral solution	1	QL(360 cada 30 días)
memantine 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
memantine 5 mg-10 mg tablets in a dose pack	1	QL(98 cada 30 días)
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{CE}	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{CE}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS) ^{CE}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM SOLUTION (1 VIAL) ^{CE}	1	
meperidine 50 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)
meperidine 50 mg/5 ml oral solution	1	QL(720 cada 30 días)
mercaptopurine 50 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml enema	1	QL(1800 cada 30 días)
mesalamine er 0.375 gram capsule,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)
MESNEX 400 MG TABLET	1	
metadate er 20 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)
metformin 1,000 mg tablet ^{EDS}	1	
metformin 500 mg tablet ^{EDS}	1	
metformin 850 mg tablet ^{EDS}	1	
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral concentrate	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate	1	QL(360 cada 30 días)
methazolamide 25 mg tablet	1	
methazolamide 50 mg tablet	1	
methimazole 10 mg tablet ^{EDS}	1	
methimazole 5 mg tablet ^{EDS}	1	
methocarbamol 500 mg tablet	1	
methocarbamol 750 mg tablet	1	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution	1	
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	1	
methotrexate sodium 25 mg/ml injection solution	1	
methyldopa 250 mg tablet ^{EDS}	1	
methyldopa 500 mg tablet ^{EDS}	1	
methylergonovine 0.2 mg tablet	1	
methylphenidate 10 mg chewable tablet	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)
methylphenidate 2.5 mg chewable tablet	1	QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg chewable tablet	1	QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(1800 cada 30 días)
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate er 18 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate er 27 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 36 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate er 54 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 72 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 10 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 20 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 30 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate la 40 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylprednisolone 16 mg tablet	1	
methylprednisolone 32 mg tablet	1	
methylprednisolone 4 mg tablet	1	
methylprednisolone 4 mg tablets in a dose pack	1	
methylprednisolone 8 mg tablet	1	
metoclopramide 10 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution	1	
metolazone 10 mg tablet	1	
metolazone 2.5 mg tablet	1	
metolazone 5 mg tablet	1	
metoprolol succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
metoprolol succinate er 200 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
metoprolol succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
metoprolol succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 100 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1	
metoprolol tartrate 25 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 50 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
metoprolol tartrate 75 mg tablet ^{EDS}	1	
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel	1	
metronidazole 0.75 % topical cream	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
metronidazole 0.75 % topical gel	1	
metronidazole 250 mg tablet	1	
metronidazole 500 mg tablet ^{CE}	1	
mexiletine 150 mg capsule	1	
mexiletine 200 mg capsule	1	
mexiletine 250 mg capsule	1	
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{CE}	1	
miconazole nitrate 2 % topical cream	1	
miconazole nitrate 2 % vaginal cream	1	
miconazole nitrate 4 % (200 mg)-2 % (9 gram)vaginal,prefill appl,cream	1	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit	1	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	1	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) vaginal cream	1	
miconazole-3 4 % (200 mg)-2 % (9 gram) vaginal pack,prefil appl, cream	1	
miconazole-7 100 mg vaginal suppository	1	
miconazole-7 2 % vaginal cream	1	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE	1	
MICROCHAMBER SPACER	1	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
MICROLET LANCET	1	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
MICROSPACER	1	
midodrine 10 mg tablet	1	
midodrine 2.5 mg tablet	1	
midodrine 5 mg tablet	1	
mili 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension	1	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet	1	
MINI LANCING DEVICE ^{CE}	1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	1	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML ^{CE}	1	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML ^{CE}	1	
minitran 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(60 cada 30 días)
minitran 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)
minocycline 100 mg capsule	1	
minocycline 50 mg capsule	1	
minocycline 75 mg capsule	1	
minoxidil 10 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
minoxidil 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
mirtazapine 15 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg tablet	1	
misoprostol 200 mcg tablet	1	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE	1	
modafinil 100 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
modafinil 200 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)
MODERNA COVID 2023-24(6MO-11YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSPENSION (EUA) ^{CE}	1	
MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA) ^{CE}	1	
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)(BLUE) ^{CE}	1	
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)(PINK) ^{CE}	1	
MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA) ^{CE}	1	
MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA) ^{CE}	1	
moexipril 15 mg tablet	1	
moexipril 7.5 mg tablet	1	
mometasone 0.1 % topical cream	1	
mometasone 0.1 % topical ointment	1	
mometasone 0.1 % topical solution	1	
monodoxyne nl 100 mg capsule ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML ^{CE}	1	
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8" ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4" ^{CE}	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{CE}	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE ^{CE}	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES ^{CE}	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 3 ML ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1" ^{CE}	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2" ^{CE}	1	
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE ^{CE}	1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML ^{CE}	1	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE	1	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE	1	
montelukast 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg oral granules in packet	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 5 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 días)
morgidox 100 mg capsule ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
morgidox 50 mg capsule	1	
morphine 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)
morphine 15 mg immediate release tablet	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine 30 mg immediate release tablet	1	QL(180 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution	1	QL(540 cada 30 días)
morphine er 100 mg tablet,extended release	1	QL(180 cada 30 días)
morphine er 15 mg tablet,extended release	1	QL(120 cada 30 días)
morphine er 200 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)
morphine er 30 mg tablet,extended release	1	QL(120 cada 30 días)
morphine er 60 mg tablet,extended release	1	QL(120 cada 30 días)
MOUTHPIECE DEVICE	1	
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
MOVANTIK 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
moxifloxacin 400 mg tablet	1	
MUCINEX 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	
mucinex fast-max chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	1	
mucinex fast-max dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
mucosa 400 mg tablet	1	
mucosa dm 20 mg-400 mg tablet	1	
mucus dm 30 mg-600 mg tablet,extended release	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
mucus dm max er 60 mg-1,200 mg tablet,extended release	1	
mucus relief 400 mg tablet	1	
mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
mucus relief dm 20 mg-400 mg tablet	1	
mucus relief dm cough 20 mg-400 mg tablet	1	
mucus relief dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
mucus relief er 600 mg tablet, extended release	1	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID	1	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT ^{CE}	1	
multi-vit with fluoride and iron 0.25 mg-10 mg/ml oral drops	1	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml oral drops	1	
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg/ml oral drops	1	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75mg tablet	1	
multigen folic 70 mg-150 mg-10 mcg-1 mg-2 mg tablet	1	
multigen plus 151 mg-60 mg-10 mcg-1 mg tablet	1	
mupirocin 2 % topical ointment	1	
my choice 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
my way 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml oral suspension	1	
mycophenolate mofetil 250 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)
mycophenolate mofetil 500 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
mycophenolate sodium 180 mg tablet,delayed release	1	
mycophenolate sodium 360 mg tablet,delayed release	1	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE	1	
MYLERAN 2 MG TABLET	1	QL(150 cada 30 días)
myorisan 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
nabumetone 500 mg tablet	1	
nabumetone 750 mg tablet	1	
nadolol 20 mg tablet	1	
nadolol 40 mg tablet	1	
nadolol 80 mg tablet	1	
naloxone 0.4 mg/ml injection solution ^{CE}	1	
naloxone 0.4 mg/ml injection syringe ^{CE}	1	
naloxone 1 mg/ml injection syringe ^{CE}	1	
naloxone 4 mg/actuation nasal spray ^{CE}	1	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg tablet ^{CE}	1	
NAPHCON-A 0.025 %-0.3 % EYE DROPS	1	
naproxen 250 mg tablet	1	
naproxen 375 mg tablet	1	
naproxen 375 mg tablet,delayed release	1	
naproxen 500 mg tablet	1	
naproxen 500 mg tablet,delayed release	1	
naproxen sodium 220 mg tablet	1	
naratriptan 1 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
naratriptan 2.5 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{CE}	1	QL(2 cada 30 días)
nasal allergy 55 mcg spray aerosol	1	
nasal decongestant (phenylephrine) 10 mg tablet	1	
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol	1	
natura-lax 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg tablet	1	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment	1	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	1	
neomycin 1.75 mg-polymyxin 10,000 unit-gramicidin 0.025mg/ml eye drops	1	
neomycin 3.5 mg-polymyxin 10,000 unit-hydrocort 10 mg/ml eye drop,susp	1	
neomycin 3.5 mg/g-polymyxin b 10,000 unit/g-dexameth 0.1 % eye oint	1	
neomycin 500 mg tablet	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	1	
neomycin-bacitracin-polymyxn 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint	1	
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-0.1% eye drops	1	
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg-10,000 unit/ml-1 % ear drops,susp	1	
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-1 % ear solution	1	
nevirapine 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
new day 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET ^{CE}	1	
niacin 500 mg tablet	1	
NICADAN 800 MG-10 MG-100 MG-500 MCG TABLET	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge ^{CE}	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge ^{CE}	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg gum ^{CE}	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge ^{CE}	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge ^{CE}	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg gum ^{CE}	1	
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch ^{CE}	1	
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch ^{CE}	1	
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches,sequentl ^{CE}	1	
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NICOTROL 10 MG INHALATION CARTRIDGE ^{CE}	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{CE}	1	
nifedipine 10 mg capsule	1	
nifedipine 20 mg capsule	1	
nifedipine er 30 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{CE}	1	
nilutamide 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
nitisinone 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
nitisinone 2 mg capsule	1	QL(300 cada 30 días)
nitisinone 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT	1	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml oral suspension	1	QL(2400 cada 30 días)
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule	1	
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule	1	
nitrofurantoin monohydrate/macrocystals 100 mg capsule	1	
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg sublingual tablet	1	
nitroglycerin 0.4 mg sublingual tablet	1	
nitroglycerin 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet	1	
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(22.4 cada 30 días)
nizatidine 150 mg capsule	1	
nizatidine 150 mg/10 ml oral solution	1	
nizatidine 300 mg capsule	1	
non-aspirin pain relief 500 mg tablet	1	
nora-be 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.4 mg-35 mcg(21)/75 mg(7) chew tablet ^{CE}	1	
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.8 mg-25 mcg(24)/75 mg(4) chew tablet ^{CE}	1	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
norethindrone 1 mg-e. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) chew tablet ^{CE}	1	
norethindrone 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
norethindrone 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg(21)/iron 75 mg(7) tablet ^{CE}	1	
norethindrone acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg tablet ^{CE}	1	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 5 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablet ^{CE}	1	
norethindrone acetate 5 mg tablet	1	
norethindrone-eth. estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{CE}	1	
norgestimate 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-ethinyl estradiol 25 mcg tablet ^{CE}	1	
norgestimate 0.25 mg-ethinyl estradiol 35 mcg tablet ^{CE}	1	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18 mg/0.215mg/0.25mg-35 mcg(28)tablet ^{CE}	1	
norlyda 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nortriptyline 10 mg capsule	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml oral solution	1	
nortriptyline 25 mg capsule	1	
nortriptyline 50 mg capsule	1	
nortriptyline 75 mg capsule	1	
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(480 cada 30 días)
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE	1	
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
NOVA SUREFLEX LANCETS	1	
NOVAVAX COVID 2023-2024(PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION(EUA) ^{CE}	1	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA) ^{CE}	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS	1	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP	1	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	
np thyroid 120 mg tablet	1	
np thyroid 15 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
np thyroid 30 mg tablet	1	
np thyroid 60 mg tablet	1	
np thyroid 90 mg tablet	1	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	1	
NUPLAZID 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder	1	
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
nystatin 100,000 unit/gram topical cream	1	
nystatin 100,000 unit/gram topical ointment	1	
nystatin 100,000 unit/gram topical powder	1	
nystatin 100,000 unit/ml oral suspension	1	
nystatin 500,000 unit tablet	1	
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/g-0.1 % topical cream	1	
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment	1	
nystop 100,000 unit/gram topical powder	1	
ocella 3 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution	1	PA
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution	1	PA
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA
octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution	1	PA
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OFEV 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OFEV 150 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OFF ACTIVE 15 % TOPICAL SPRAY	1	
off deep woods 25 % topical pump spray	1	
OFF DEEP WOODS 25 % TOPICAL SPRAY	1	
OFF DEEP WOODS DRY 25 % TOPICAL SPRAY POWDER	1	
off deep woods sportsmen 25 % topical spray pump	1	
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN 30 % TOPICAL SPRAY	1	
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN 98.25 % TOPICAL SPRAY PUMP	1	
OFF FAMILYCARE (WITH DEET) 15 % TOPICAL SPRAY POWDER	1	
OFF FAMILYCARE (WITH DEET) 5 % TOPICAL SPRAY	1	
off familycare (with deet) 7 % topical spray	1	
OFF FAMILYCARE (WITH PICARIDIN) 5 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP	1	
ofloxacin 0.3 % ear drops	1	
ofloxacin 0.3 % eye drops	1	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT ^{CE}	1	
olanzapine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
olanzapine 15 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 7.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
olopatadine 0.1 % eye drops	1	
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 40 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)
OMNIFLEX DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL ^{CE}	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER ^{CE}	1	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER ^{CE}	1	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) ^{CE}	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{CE}	1	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(12 cada 28 días)
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(24 cada 28 días)
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE	1	
ON CALL LANCING DEVICE ^{CE}	1	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ON CALL PLUS LANCING DEVICE ^{CE}	1	
ON-THE-GO LANCESTS 30 GAUGE	1	
ondansetron 4 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron 8 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE	1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE	1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE	1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 18 GAUGE	1	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 21 GAUGE	1	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 28 GAUGE	1	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE	1	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	1	
opcicon one-step 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	1	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER	1	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK	1	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK	1	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK	1	
option-2 1.5 mg tablet ^{CE}	1	
ordalone 0.1 % dental paste	1	
oralyte oral solution	1	
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	1	PA,QL(112 cada 28 días)
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	1	PA,QL(112 cada 28 días)
ORKAMBI 75 MG-94 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
orphenadrine citrate er 100 mg tablet,extended release	1	
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
os-cal 500 + d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet	1	
oscimin 0.125 mg tablet	1	
oscimin sl 0.125 mg sublingual tablet	1	
oseltamivir 30 mg capsule	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg capsule	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml oral suspension	1	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg capsule	1	QL(112 cada 365 días)
oxcarbazepine 150 mg tablet	1	
oxcarbazepine 300 mg tablet	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) oral suspension	1	
oxcarbazepine 600 mg tablet	1	
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup	1	
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
oxycodone 10 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg/5 ml oral solution	1	QL(1800 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet	1	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	1	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	1	
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet	1	
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIK 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIK 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIK 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIK 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)
pacerone 200 mg tablet ^{EDS}	1	
pain relief (acetaminophen) 325 mg tablet	1	
pain relief (acetaminophen) 500 mg tablet	1	
pain relief extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet	1	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg tablet	1	
pain reliever (acetaminophen) 500 mg tablet	1	
pain reliever extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet	1	
paliperidone er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
paliperidone er 9 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
PANDA MASK	1	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	1	
pantoprazole 20 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)
paricalcitol 1 mcg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg capsule	1	QL(12 cada 30 días)
paromomycin 250 mg capsule	1	
paroxetine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
paroxetine 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine 30 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE) ^{CE}	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{CE}	1	QL(60 cada 10 días)
pazopanib 200 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	1	
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	1	
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	1	
pediatric electrolyte oral solution	1	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	1	
PEDIATRIC PANDA MASK	1	
PEDIATRIC SMALL MASK	1	
peg 3350-electrolytes 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram solution	1	
peg-electrolyte solution 420 gram oral solution	1	
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PEMAZYRE 9 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
penicillamine 250 mg tablet	1	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution	1	
penicillin v potassium 250 mg tablet	1	
penicillin v potassium 250 mg/5 ml oral solution	1	
penicillin v potassium 500 mg tablet	1	
pentamidine 300 mg solution for inhalation	1	
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release	1	
perindopril erbumine 2 mg tablet	1	
perindopril erbumine 4 mg tablet	1	
perindopril erbumine 8 mg tablet	1	
permethrin 5 % topical cream	1	
perphenazine 16 mg tablet	1	
perphenazine 2 mg tablet	1	
perphenazine 4 mg tablet	1	
perphenazine 8 mg tablet	1	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	1	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	1	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	1	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	1	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	1	
PERSERIS 120 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
PERSERIS 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA) ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA) ^{CE}	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION(EUA) ^{CE}	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT (5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSPENSION(EUA) ^{CE}	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA) ^{CE}	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY) ^{CE}	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE) ^{CE}	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON) ^{CE}	1	
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE) ^{CE}	1	
pharbechlor 4 mg tablet	1	
pharbedryl 25 mg capsule	1	
pharbedryl 50 mg capsule	1	
pharbetol 325 mg tablet	1	
pharbetol 500 mg tablet	1	
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE ^{CE}	1	
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE ^{CE}	1	
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE ^{CE}	1	
phenazopyridine 100 mg tablet	1	
phenelzine 15 mg tablet	1	
phenobarbital 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 16.2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral elixir	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)
phenobarbital 32.4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 60 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 64.8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 97.2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
phenylephrine 10 mg tablet	1	
phenytoin 100 mg/4 ml oral suspension	1	
phenytoin 125 mg/5 ml oral suspension	1	
phenytoin 50 mg chewable tablet	1	
phenytoin sodium extended 100 mg capsule	1	
phenytoin sodium extended 200 mg capsule	1	
phenytoin sodium extended 300 mg capsule	1	
philith 0.4 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
phospha neutral 250 mg tablet	1	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection solution	1	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection syringe	1	
phytonadione (vitamin k1) 10 mg/ml injection solution	1	
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
pilocarpine 1 % eye drops	1	
pilocarpine 2 % eye drops	1	
pilocarpine 4 % eye drops	1	
pilocarpine 5 mg tablet	1	
pilocarpine 7.5 mg tablet	1	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT ^{CE}	1	
pimecrolimus 1 % topical cream	1	
pimozide 1 mg tablet	1	
pimozide 2 mg tablet	1	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
pindolol 10 mg tablet	1	
pindolol 5 mg tablet	1	
pink bismuth 262 mg chewable tablet	1	
pink bismuth 262 mg tablet	1	
pink bismuth 262 mg/15 ml oral suspension	1	
pioglitazone 15 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
PIP LANCET 28 GAUGE	1	
PIP LANCET 30 GAUGE	1	
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
PIQRAY 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg capsule	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg tablet	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
pirfenidone 801 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET ^{CE}	1	
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION ^{CE}	1	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{CE}	1	
POCKET CHAMBER SPACER	1	
podofilox 0.5 % topical solution	1	
poly bacitracin (zinc) 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment	1	
poly-iron 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
poly-iron 150 mg iron capsule	1	
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG-10 MCG/ML ORAL DROPS	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
POLY-VI-SOL WITH IRON 11 MG IRON/ML ORAL DROPS	1	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
polymyxin b sulfate 10,000 unit-trimethoprim 1 mg/ml eye drops	1	
polysaccharide iron complex 150 mg iron capsule	1	
polyvinyl alcohol 1.4 % eye drops	1	
POMALYST 1 MG CAPSULE	1	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 2 MG CAPSULE	1	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 3 MG CAPSULE	1	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 4 MG CAPSULE	1	PA,QL(21 cada 28 días)
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
posaconazole 100 mg tablet,delayed release	1	PA,QL(93 cada 30 días)
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension	1	PA,QL(840 cada 28 días)
potassium chloride 20 meq/15 ml oral liquid	1	
potassium chloride 40 meq/15 ml oral liquid	1	
potassium chloride er 10 meq capsule,extended release	1	
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release	1	
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release(part/crust)	1	
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release	1	
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/crust)	1	
potassium chloride er 8 meq capsule,extended release	1	
potassium chloride er 8 meq tablet,extended release	1	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg) tablet,extended release	1	
potassium citrate er 15 meq (1,620 mg) tablet,extended release	1	
potassium citrate er 5 meq (540 mg) tablet,extended release	1	
pramipexole 0.125 mg tablet ^{EBS}	1	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{EBS}	1	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{EBS}	1	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{EBS}	1	
pramipexole 1 mg tablet ^{EBS}	1	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{EBS}	1	
prasugrel 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
prasugrel 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
pravastatin 10 mg tablet ^{EBS}	1	
pravastatin 20 mg tablet ^{EBS}	1	
pravastatin 40 mg tablet ^{EBS}	1	
pravastatin 80 mg tablet ^{EBS}	1	
praziquantel 600 mg tablet	1	
prazosin 1 mg capsule	1	
prazosin 2 mg capsule	1	
prazosin 5 mg capsule	1	
PRECISION XTRA B-KETONE STRIPS ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution	1	
prednisolone acetate 1 % eye drops,suspension	1	
prednisolone sodium phosphate 1 % eye drops	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) oral solution	1	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral solution	1	
prednisolone sodium phosphate 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) oral soln	1	
prednisone 1 mg tablet	1	
prednisone 10 mg tablet	1	
prednisone 10 mg tablets in a dose pack	1	
prednisone 2.5 mg tablet	1	
prednisone 20 mg tablet	1	
prednisone 5 mg tablet	1	
prednisone 5 mg tablets in a dose pack	1	
prednisone 5 mg/5 ml oral solution	1	
prednisone 50 mg tablet	1	
pregabalin 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 150 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 25 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 300 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 50 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 75 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
PREHEVBRI (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
prenatal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet	1	
prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet	1	
prenatal vitamin 27 mg iron-0.8 mg tablet	1	
prenatal vitamin 27 mg iron-800 mcg tablet	1	
prenatal vitamin 28 mg iron-800 mcg tablet	1	
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet	1	
PRENATE AM 1 MG-500 MG TABLET	1	
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE	1	
preplus 27 mg iron-1 mg tablet	1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE	1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE	1	
pretab 29 mg-1 mg tablet	1	
prevalite 4 gram oral powder	1	
prevalite 4 gram powder for susp in a packet	1	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL(480 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
primaquine 26.3 mg tablet	1	
PRIMEAIRE SPACER	1	
primidone 125 mg tablet	1	
primidone 250 mg tablet ^{EDS}	1	
primidone 50 mg tablet ^{EDS}	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2-3.3 CCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{CE}	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	1	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE	1	
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE	1	
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE	1	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	1	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	1	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	1	
probenecid 500 mg tablet	1	
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet	1	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	1	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	1	
PROCHAMBER	1	
prochlorperazine 25 mg rectal suppository	1	
prochlorperazine maleate 10 mg tablet	1	
prochlorperazine maleate 5 mg tablet	1	
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
protozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE	1	
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE	1	
PRODIGY LANCING DEVICE ^{CE}	1	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE	1	
progesterone micronized 100 mg capsule	1	
progesterone micronized 200 mg capsule	1	
PROGRAF 0.2 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	
PROGRAF 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET	1	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
promethazine 12.5 mg rectal suppository	1	
promethazine 12.5 mg tablet	1	
promethazine 25 mg rectal suppository	1	
promethazine 25 mg tablet	1	
promethazine 50 mg rectal suppository	1	
promethazine 50 mg tablet	1	
promethazine 6.25 mg-codeine 10 mg/5 ml syrup	1	
promethazine 6.25 mg/5 ml oral syrup	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	1	
promethazine-dm 6.25 mg-15 mg/5 ml oral syrup	1	
promethegan 12.5 mg rectal suppository	1	
promethegan 25 mg rectal suppository	1	
promethegan 50 mg rectal suppository	1	
propafenone 150 mg tablet	1	
propafenone 225 mg tablet	1	
propafenone 300 mg tablet	1	
propranolol 10 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol 20 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution ^{EDS}	1	
propranolol 40 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution	1	
propranolol 60 mg tablet	1	
propranolol 80 mg tablet	1	
propranolol 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release	1	
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release	1	
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release	1	
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release	1	
propylthiouracil 50 mg tablet	1	
protriptyline 10 mg tablet	1	
protriptyline 5 mg tablet	1	
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(150 cada 30 días)
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	1	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE	1	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE	1	
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule	1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE	1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
pyrazinamide 500 mg tablet	1	
pyridostigmine bromide 30 mg tablet	1	
pyridostigmine bromide 60 mg tablet	1	
pyridoxine (vitamin b6) 25 mg tablet	1	
PYRUKYND 20 MG (7)-5 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
PYRUKYND 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
PYRUKYND 50 MG (7)-20 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 50 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
QBRELIS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(1200 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
quetiapine 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
quetiapine 400 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT ^{CE}	1	
quinapril 10 mg tablet ^{EDS}	1	
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	
quinapril 20 mg tablet ^{EDS}	1	
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
quinapril 40 mg tablet ^{EDS}	1	
quinapril 5 mg tablet ^{EDS}	1	
quinidine sulfate 200 mg tablet	1	
quinidine sulfate 300 mg tablet	1	
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1	QL(10.6 cada 30 días)
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1	QL(21.2 cada 30 días)
raloxifene 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ramipril 1.25 mg capsule ^{EDS}	1	
ramipril 10 mg capsule ^{EDS}	1	
ramipril 2.5 mg capsule ^{EDS}	1	
ramipril 5 mg capsule ^{EDS}	1	
ranger ready repellent 20 % topical spray with pump	1	
ranolazine er 1,000 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT ^{CE}	1	
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml	1	
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE	1	
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE	1	
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE	1	
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE	1	
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
REFRESH TEARS 0.5 % EYE DROPS	1	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RELIAMED LANCET 28 GAUGE	1	
RELIAMED LANCET 30 GAUGE	1	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE ^{CE}	1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCESTS 28 GAUGE	1	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCESTS 30 GAUGE	1	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE	1	
REMDESIVIR 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION ^{CE}	1	
REMDESIVIR 100 MG/20 ML (5 MG/ML) IV SOLN (FOR PTS 40 KG OR MORE) ^{CE}	1	
repaglinide 0.5 mg tablet	1	
repaglinide 1 mg tablet	1	
repaglinide 2 mg tablet	1	
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	1	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 28 días)
REPEL 100 98.11 % TOPICAL PUMP SPRAY	1	
REPEL FAMILY 10 % TOPICAL SPRAY	1	
repel family 15 % topical spray powder	1	
REPEL HUNTER'S 25 % TOPICAL SPRAY	1	
REPEL SPORTSMEN 25 % TOPICAL SPRAY	1	
REPEL SPORTSMEN DRY 25 % TOPICAL SPRAY	1	
REPEL SPORTSMEN MAX 40 % TOPICAL PUMP SPRAY	1	
REPEL SPORTSMEN MAX 40 % TOPICAL SPRAY	1	
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 15 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 5 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET	1	
ribavirin 200 mg capsule	1	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet	1	QL(168 cada 28 días)
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1	
rifabutin 150 mg capsule	1	
rifampin 150 mg capsule	1	
rifampin 300 mg capsule	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE ^{CE}	1	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE	1	
riluzole 50 mg tablet	1	
rimantadine 100 mg tablet	1	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml oral solution	1	
risperidone 2 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
RITEFLO AEROCHAMBER	1	
ritonavir 100 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)
rivastigmine 1.5 mg capsule ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 3 mg capsule ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
rivastigmine 6 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
rivilsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
rizatriptan 10 mg disintegrating tablet	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg disintegrating tablet	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)
robafen 100 mg/5 ml oral liquid	1	
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
robafen dm cough-chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
ropinirole 0.25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole 0.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole 1 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole 2 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole 3 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole 4 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
rosuvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	1	
rosuvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
rosuvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
rosuvastatin 5 mg tablet ^{EDS}	1	
roweepra 1,000 mg tablet	1	
roweepra 500 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
roweepra 750 mg tablet	1	
roweepra xr 500 mg tablet,extended release	1	
roweepra xr 750 mg tablet,extended release	1	
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1	PA,QL(360 cada 30 días)
rufinamide 200 mg tablet	1	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml oral suspension	1	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
RUZURGI 10 MG TABLET	1	PA,QL(300 cada 30 días)
RYBELSUS 14 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 3 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 7 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(224 cada 28 días)
SAFETY LANCETS 21 GAUGE	1	
SAFETY LANCETS 26 GAUGE	1	
SAFETY LANCETS 28 GAUGE	1	
SAFETY NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"CE	1	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE	1	
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE	1	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE	1	
sajazir 30 mg/3 ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(9 cada 30 días)
saline mist 0.65 % nasal spray aerosol	1	
saline nasal 0.65 % spray aerosol	1	
saline nasal mist 0.65 % spray aerosol	1	
sapropterin 100 mg oral powder packet	1	PA
sapropterin 100 mg soluble tablet	1	PA
sapropterin 500 mg oral powder packet	1	PA
saxagliptin 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
scalpicin anti-itch 1 % topical solution	1	
SCEMBLIX 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET	1	PA,QL(300 cada 30 días)
scopolamine 1 mg over 3 days transdermal patch	1	QL(10 cada 30 días)
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet	1	
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule	1	
secura antifungal 2 % topical cream	1	
secura antifungal extra thick 2 % topical cream	1	
SEGLUROMET 2.5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SEGLUROMET 2.5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SEGLUROMET 7.5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SEGLUROMET 7.5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
selegiline 5 mg capsule	1	
selegiline 5 mg tablet	1	
selenium sulfide 2.5 % lotion	1	
SELZENTRY 150 MG TABLET	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet	1	
senna 8.6 mg tablet	1	
senna lax 8.6 mg tablet	1	
senna laxative 8.6 mg tablet	1	
senna plus 8.6 mg-50 mg capsule	1	
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet	1	
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet	1	
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet	1	
sennosides 8.6 mg-docusate sodium 50 mg tablet	1	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	1	
sertraline 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
sertraline 50 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet	1	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet	1	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg tablet	1	QL(540 cada 30 días)
sharobel 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT ^{CE}	1	
SHINGRIX ADJUVANT COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT 50 MCG IM SUSPENSION ^{CE}	1	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	1	
siladryl sa 12.5 mg/5 ml oral liquid	1	
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension	1	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SILICONE MASK - INFANT	1	
siltussin sa 100 mg/5 ml oral liquid	1	
siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
silver sulfadiazine 1 % topical cream	1	
simethicone 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension	1	
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{CE}	1	QL(91 cada 90 días)
simvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
simvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 5 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 80 mg tablet ^{EDS}	1	
SINGLE-LET MISC	1	
sirolimus 0.5 mg tablet	1	
sirolimus 1 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)
sirolimus 1 mg/ml oral solution	1	
sirolimus 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
slow release iron 143 mg (45 mg iron) tablet,extended release	1	
SLYND 4 MG (28) TABLET ^{CE}	1	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE	1	
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE	1	
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE	1	
SMARTDIABETES VANTAGE ^{CE}	1	
SMARTEST LANCET	1	
sodium bicarbonate 650 mg tablet	1	
sodium chloride 0.9 % irrigation solution	1	
sodium chloride 10 % for nebulization	1	
sodium chloride 3 % for nebulization	1	
sodium chloride 7 % for nebulization	1	
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram oral powder	1	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1	
sof-lax 100 mg capsule	1	
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SOFT TOUCH LANCETS	1	
solifenacin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS	1	QL(15 cada 24 días)
INSULIN PEN		
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE	1	
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE	1	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT ^{CE}	1	
sorafenib 200 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
sorine 120 mg tablet	1	
sorine 160 mg tablet	1	
sorine 240 mg tablet	1	
sorine 80 mg tablet	1	
sotalol 120 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol 160 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol 240 mg tablet	1	
sotalol 80 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol af 120 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol af 160 mg tablet	1	
sotalol af 80 mg tablet ^{EDS}	1	
SPACE CHAMBER	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	1	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	1	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	1	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT ^{CE}	1	
SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
spinosad 0.9 % topical suspension	1	QL(240 cada 30 días)
spironolactone 100 mg tablet ^{EDS}	1	
spironolactone 25 mg tablet ^{EDS}	1	
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
spironolactone 50 mg tablet ^{EDS}	1	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
SPRYCEL 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SPRYCEL 50 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 70 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 80 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
stronyx 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
stavudine 15 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 20 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
stavudine 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
STEGLATRO 15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
STEGLATRO 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
STERILANCE TL 30 GAUGE	1	
STERILANCE TL 32 GAUGE	1	
stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet	1	
stomach relief 262 mg tablet	1	
stomach relief 262 mg/15 ml oral suspension	1	
stomach relief 525 mg/15 ml oral suspension	1	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension	1	
stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension	1	
stool softener 100 mg capsule	1	
stool softener-laxative 8.6 mg-50 mg tablet	1	
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg capsule	1	
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet	1	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(10.8 cada 28 días)
STRENSIQ 28 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(16.8 cada 28 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(24 cada 28 días)
STRENSIQ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(38.4 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
STRIVE PEAK FLOW METER	1	
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 30 días)
subvenite 100 mg tablet	1	
subvenite 150 mg tablet	1	
subvenite 200 mg tablet	1	
subvenite 25 mg tablet	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	1	
sucralfate 1 gram tablet	1	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion (suspension)	1	
sulfacetamide sodium 10 % eye drops	1	
sulfacetamide sodium 10 % eye ointment	1	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops	1	
sulfadiazine 500 mg tablet	1	
sulfamethoxazole 200 mg-trimethoprim 40 mg/5 ml oral suspension	1	
sulfamethoxazole 400 mg-trimethoprim 80 mg tablet	1	
sulfamethoxazole 800 mg-trimethoprim 160 mg tablet	1	
sulfasalazine 500 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release	1	QL(240 cada 30 días)
sulindac 150 mg tablet	1	
sulindac 200 mg tablet	1	
sumatriptan 100 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 25 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml subcutaneous cartridge (refill)	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml subcutaneous pen injector	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 5 mg/actuation nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 50 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous cartridge (refill)	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous pen injector	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous syringe	1	QL(3 cada 30 días)
sunitinib malate 12.5 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 25 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 37.5 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 50 mg capsule	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SUPER THIN LANCETS	1	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE	1	
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE	1	
suphedrine pe 10 mg tablet	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE	1	
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE	1	
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE	1	
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE	1	
SURE COMFORT LANCING PEN ^{CE}	1	
SURE-LANCE	1	
SURE-LANCE 26 GAUGE	1	
SURE-LANCE 28 GAUGE	1	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE	1	
SURE-PEN LANCING DEVICE ^{CE}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE-TOUCH LANCET	1	
SUREFLEX LANCING DEVICE ^{CE}	1	
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" ^{CE}	1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" ^{CE}	1	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
SYMDEKO 100 MG-150 MG (DAY)/150 MG (NIGHT) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMDEKO 50 MG-75 MG (DAY)/75 MG (NIGHT) TABLETS	1	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	1	QL(4 cada 30 días)
SYMJEPI 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE	1	QL(4 cada 30 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(10.5 cada 28 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
SYNAGIS 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA,QL(2 cada 30 días)
SYNAGIS 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA,QL(1 cada 30 días)
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS	1	
SYSTANE ULTRA 0.4 %-0.3 % EYE DROPS	1	
TABLOID 40 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)
TABRECTA 150 MG TABLET	1	PA,QL(112 cada 28 días)
TABRECTA 200 MG TABLET	1	PA,QL(112 cada 28 días)
tacrolimus 0.03 % topical ointment	1	
tacrolimus 0.1 % topical ointment	1	
tacrolimus 0.5 mg capsule, immediate-release	1	
tacrolimus 1 mg capsule, immediate-release	1	
tacrolimus 5 mg capsule, immediate-release	1	QL(180 cada 30 días)
tadalafil 20 mg tablet (pulmonary hypertension)	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET ^{CE}	1	
tamoxifen 10 mg tablet ^{EDS}	1	
tamoxifen 20 mg tablet ^{EDS}	1	
tamsulosin 0.4 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL	1	PA,QL(240 cada 30 días)
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{CE}	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{CE}	1	
taron forte 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tarot-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule	1	
taztia xt 120 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 180 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 240 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
taztia xt 360 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE	1	
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE	1	
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE	1	
TEL CARE LANCETS 30 GAUGE	1	
temazepam 15 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
temozolomide 100 mg capsule	1	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 140 mg capsule	1	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 180 mg capsule	1	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 20 mg capsule	1	PA,QL(270 cada 30 días)
temozolomide 250 mg capsule	1	PA,QL(10 cada 30 días)
temozolomide 5 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 días)
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg capsule ^{EDS}	1	
terazosin 10 mg capsule ^{EDS}	1	
terazosin 2 mg capsule ^{EDS}	1	
terazosin 5 mg capsule ^{EDS}	1	
terbinafine hcl 1 % topical cream	1	
terbinafine hcl 250 mg tablet	1	QL(90 cada 365 días)
terbutaline 2.5 mg tablet	1	
terbutaline 5 mg tablet	1	
terconazole 0.4 % vaginal cream	1	
terconazole 0.8 % vaginal cream	1	
teriflunomide 14 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
teriflunomide 7 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) transdermal gel packet	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) transdermal gel packet	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil	1	QL(24 cada 90 días)
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil	1	QL(24 cada 90 días)
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil	1	QL(24 cada 90 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tetrabenazine 12.5 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 200 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
theophylline 80 mg/15 ml oral elixir	1	
theophylline 80 mg/15 ml oral solution	1	
theophylline er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1	
theophylline er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1	
theophylline er 300 mg tablet,extended release,12 hr	1	
theophylline er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	
theophylline er 450 mg tablet,extended release,12 hr	1	
theophylline er 600 mg tablet,extended release 24 hr	1	
THIN LANCETS 26 GAUGE	1	
thioridazine 10 mg tablet	1	
thioridazine 100 mg tablet	1	
thioridazine 25 mg tablet	1	
thioridazine 50 mg tablet	1	
thiothixene 1 mg capsule	1	
thiothixene 10 mg capsule	1	
thiothixene 2 mg capsule	1	
thiothixene 5 mg capsule	1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE	1	
THRESHOLD PEP DEVICE	1	
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION	1	
tiadylt er 120 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 180 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 240 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 360 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 420 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
tiagabine 12 mg tablet	1	QL(140 cada 30 días)
tiagabine 16 mg tablet	1	QL(105 cada 30 días)
tiagabine 2 mg tablet	1	QL(840 cada 30 días)
tiagabine 4 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{CE}	1	
timolol maleate 0.25 % eye drops	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution	1	
timolol maleate 0.5 % eye drops	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution	1	QL(5 cada 50 días)
tinidazole 250 mg tablet ^{CE}	1	
tinidazole 500 mg tablet ^{CE}	1	
tioconazole 6.5 % vaginal ointment	1	
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tiopronin 100 mg tablet	1	PA
TIVICAY 10 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)
tizanidine 2 mg tablet	1	
tizanidine 4 mg tablet	1	
tobramycin 0.3 % eye drops	1	
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension	1	
tobramycin 300 mg/4 ml solution for nebulization	1	PA,QL(224 cada 28 días)
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization	1	PA,QL(280 cada 28 días)
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml solution for nebulization	1	PA,QL(280 cada 28 días)
tolterodine 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
tolvaptan 15 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
tolvaptan 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	1	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET 33 GAUGE	1	
topiramate 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg sprinkle capsule	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 200 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 25 mg sprinkle capsule	1	QL(180 cada 30 días)
topiramate 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
toremifene 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
torsemide 10 mg tablet ^{EDS}	1	
torsemide 100 mg tablet ^{EDS}	1	
torsemide 20 mg tablet ^{EDS}	1	
torsemide 5 mg tablet ^{EDS}	1	
total home insect repellent 30 % topical spray	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
tramadol 37.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
tramadol 50 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
trandolapril 1 mg tablet	1	
trandolapril 2 mg tablet	1	
trandolapril 4 mg tablet	1	
tranexamic acid 650 mg tablet	1	QL(30 cada 5 días)
tranylcypromine 10 mg tablet	1	QL(270 cada 30 días)
travoprost 0.004 % eye drops	1	QL(2.5 cada 25 días)
trazodone 100 mg tablet	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
trazodone 150 mg tablet	1	
trazodone 300 mg tablet	1	
trazodone 50 mg tablet	1	
tretinoïn (antineoplásico) 10 mg capsule	1	PA,QL(360 cada 30 días)
tretinoïn 0.01 % topical gel	1	PA
tretinoïn 0.025 % topical cream	1	PA
tretinoïn 0.025 % topical gel	1	PA
tretinoïn 0.05 % topical cream	1	PA
tretinoïn 0.05 % topical gel	1	PA
tretinoïn 0.1 % topical cream	1	PA
tri-femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-estarrylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{CE}	1	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-lo-estarrylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet ^{CE}	1	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG-10 MCG/ML ORAL DROPS	1	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops	1	
tri-vite with fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops	1	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{CE}	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % lotion	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % topical cream	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % topical ointment	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % dental paste	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % lotion	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % topical cream	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment	1	
triamcinolone acetonide 0.5 % topical cream	1	
triamcinolone acetonide 0.5 % topical ointment	1	
triamcinolone acetonide 55 mcg nasal spray aerosol	1	
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg capsule ^{EDS}	1	
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
triamterene 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet ^{EDS}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET	1	
tricon 110 mg-0.5 mg capsule	1	
trientine 250 mg capsule	1	PA
trifluoperazine 1 mg tablet	1	
trifluoperazine 10 mg tablet	1	
trifluoperazine 2 mg tablet	1	
trifluoperazine 5 mg tablet	1	
trifluridine 1 % eye drops	1	
trigels-f forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml oral elixir	1	
trihexyphenidyl 2 mg tablet ^{EDS}	1	
trihexyphenidyl 5 mg tablet ^{EDS}	1	
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS	1	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/75 MG (N) GRANULE PACK	1	PA,QL(56 cada 28 días)
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLETS	1	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 80-40-60 MG (D)/59.5 MG (N) GRANULE PACK	1	PA,QL(56 cada 28 días)
trimethoprim 100 mg tablet	1	
trimipramine 100 mg capsule	1	
trimipramine 25 mg capsule	1	
trimipramine 50 mg capsule	1	
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet	1	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT	1	
triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment	1	
triple antibiotic-pain relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointmnt	1	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{CE}	1	
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
tropicamide 0.5 % eye drops	1	
tropicamide 1 % eye drops	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	1	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE	1	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER ^{CE}	1	
TRUE METRIX GLUCOSE METER ^{CE}	1	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP ^{CE,EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION ^{CE}	1	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION ^{CE}	1	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION ^{CE}	1	
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION ^{CE}	1	
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION ^{CE}	1	
TRUEDRAW LANCING DEVICE ^{CE}	1	
TRUEPLUS KETONE STRIPS	1	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE	1	
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE	1	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
TRUSTEX LATEX CONDOM ^{CE}	1	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS ^{CE}	1	
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS ^{CE}	1	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS ^{CE}	1	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM ^{CE}	1	
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS ^{CE}	1	
TRUZONE PEAK FLOW METER	1	
TUKYSA 150 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET	1	PA,QL(300 cada 30 días)
tulana 0.35 mg tablet ^{CE}	1	
TURALIO 125 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TURALIO 200 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{CE}	1	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin 100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin 400 mg tablet	1	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin cough (dm only) 15 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
tussin dm 20 mg-400 mg tablet	1	
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup	1	
tussin dm cough and chest 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
TWIST LANCETS 30 GAUGE	1	
TWIST LANCETS 32 GAUGE	1	
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet ^{CE}	1	
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(89.9 cada 28 días)
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(89.9 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(89.9 cada 28 días)
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(89.9 cada 28 días)
ULTI-LANCE KIT ^{CE}	1	
ULTI-LANCE MIS ^{CE}	1	
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{CE}	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	1	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTILET CLASSIC LANCETS	1	
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE	1	
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE	1	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE	1	
ULTILET LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTILET LANCETS 33 GAUGE	1	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE	1	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE	1	
ultra lubricant eye 0.4 %-0.3 % drops	1	
ultra strength antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	1	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTRA THIN LANCETS	1	
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE	1	
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE	1	
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE	1	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE	1	
ULTRA TLC LANCETS	1	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE	1	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE	1	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE	1	
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE	1	
ultrathon 25 % topical spray	1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET	1	
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE	1	
UNILET EXCELITE II LANCET	1	
UNILET EXCELITE LANCET	1	
UNILET GP LANCET	1	
UNILET LANCET 28 GAUGE	1	
UNILET LANCET 33 GAUGE	1	
UNILET LANCETS 30 GAUGE	1	
UNISTIK 2 COMFORT LANCET 28 GAUGE	1	
UNISTIK 2 DEVICE KIT ^{CE}	1	
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE	1	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE	1	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE	1	
UNISTIK 3 DUAL LANCET 18 GAUGE	1	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE	1	
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE	1	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE	1	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE	1	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE	1	
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE	1	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE	1	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE	1	
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE	1	
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE	1	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE	1	
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE	1	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE	1	
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE	1	
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE	1	
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE	1	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE	1	
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE	1	
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE	1	
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE	1	
urinary pain relief 95 mg tablet	1	
urinary pain relief 97.5 mg tablet	1	
urinary pain relief 99.5 mg tablet	1	
ursodiol 250 mg tablet	1	
ursodiol 500 mg tablet	1	
V-GO 20 DEVICE ^{CE}	1	
V-GO 30 DEVICE ^{CE}	1	
V-GO 40 DEVICE ^{CE}	1	
valacyclovir 1 gram tablet ^{CE}	1	QL(90 cada 30 días)
valacyclovir 500 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL	1	PA,QL(60 cada 28 días)
valganciclovir 450 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml oral solution ^{EDS}	1	
valproic acid (as sodium salt) 500 mg/10 ml (10 ml) oral solution	1	
valproic acid 250 mg capsule ^{EDS}	1	
valsartan 160 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 320 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 80 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
vancomycin 125 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
vancomycin 50 mg/ml oral solution	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{CE}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
varenicline 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack ^{CE}	1	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg tablet ^{CE}	1	QL(56 cada 28 días)
varenicline 1 mg tablet ^{CE}	1	QL(56 cada 28 días)
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{CE}	1	
VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{CE}	1	
vegetable laxative-stool softener 8.6 mg-50 mg tablet	1	
VEKLURY 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION ^{CE}	1	
velvet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{CE}	1	
VENCLEXTA 10 MG TABLET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA,QL(42 cada 28 días)
venlafaxine 100 mg tablet ^{EDS}	1	
venlafaxine 25 mg tablet ^{EDS}	1	
venlafaxine 37.5 mg tablet ^{EDS}	1	
venlafaxine 50 mg tablet ^{EDS}	1	
venlafaxine 75 mg tablet ^{EDS}	1	
venlafaxine er 150 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine er 37.5 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine er 75 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
verapamil 120 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 80 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE	1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 23 GAUGE	1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 28 GAUGE	1	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 30 GAUGE	1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE	1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 30 GAUGE	1	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 33 GAUGE	1	
VERZENIO 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 150 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
VERZENIO 200 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 50 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{CE}	1	
vienna 0.1 mg-20 mcg tablet ^{CE}	1	
vigabatrin 500 mg oral powder packet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadron 500 mg oral powder packet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadron 500 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 200 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 250 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER	1	QL(240 cada 30 días)
virt-phos neutral 250 mg tablet	1	
virtussin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
vitamin a 3,000 mcg (10,000 unit) capsule	1	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) capsule	1	
vitamin b-6 100 mg tablet	1	
vitamin b-6 25 mg tablet	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1	
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution	1	
vitamin k1 10 mg/ml injection solution	1	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE	1	
VIVAGUARD LANCING DEVICE ^{CE}	1	
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{CE}	1	
voriconazole 200 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension	1	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole 50 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VORTEX HOLDING CHAMBER	1	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	1	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
warfarin 1 mg tablet	1	
warfarin 10 mg tablet	1	
warfarin 2 mg tablet	1	
warfarin 2.5 mg tablet	1	
warfarin 3 mg tablet	1	
warfarin 4 mg tablet	1	
warfarin 5 mg tablet	1	
warfarin 6 mg tablet	1	
warfarin 7.5 mg tablet	1	
WEBCOL TOPICAL PADS	1	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
wesnatal dha complete 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack	1	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL ^{CE}	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL ^{CE}	1	
wixela inhbar 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
wixela inhbar 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
wixela inhbar 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet	1	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{CE}	1	
XARELTO 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 2.5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK	1	QL(51 cada 30 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET	1	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET	1	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL(5 cada 365 días)
XOSPATA 40 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET	1	PA,QL(4 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET	1	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET	1	PA,QL(32 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE SPRINKLE	1	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE SPRINKLE	1	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE SPRINKLE	1	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE SPRINKLE	1	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE SPRINKLE	1	QL(60 cada 30 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{CE}	1	QL(3 cada 28 días)
zaditor 0.025 % (0.035 %) eye drops	1	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{CE}	1	QL(3 cada 28 días)
zaleplon 10 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
ZEJULA 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 200 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 300 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
zenatane 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
zidovudine 10 mg/ml oral syrup	1	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone 60 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone 80 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)
zolpidem 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
zonisamide 100 mg capsule ^{EDS}	1	
zonisamide 25 mg capsule ^{EDS}	1	

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
zonisamide 50 mg capsule ^{EDS}	1	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{CE}	1	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet ^{CE}	1	
ZYDELIG 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYDELIG 150 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG IM SUSPENSION	1	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG IM SUSPENSION	1	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG IM SUSPENSION	1	QL(1 cada 28 días)

QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **866-432-0001 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

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

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **866-432-0001** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el
South Carolina Department of Health and Human Services, Civil Rights Division
1801 Main Street, P.O. Box 8206, Columbia, South Carolina 29202,
888-808-4238, TTY: **888-842-3620**, civilrights@scdhhs.gov. El formulario de quejas está disponible en https://www.scdhhs.gov/sites/default/files/SCDHHS%20Civil%20Rights%20Discrimination%20Complaint_0.pdf.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **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. **866-432-0001 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando

dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

**Ofrecemos servicios de asistencia con el idioma sin cargo alguno.
866-432-0001 (TTY: 711)**

English: Call the number above to receive free language assistance services.

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

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

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

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

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

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

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): លេខទូរសព្ទខាងលើ ធីមីតុលាបៀវសៀវភៅបាប្រព័ន្ធសង្គមនៃប្រាក់ ។